Janvier 2005
Josée Rousseau

Surveillance/recherche/évaluation
Direction de santé publique

NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

Évaluation de l'implantation

dans la MRC de Montmagny

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

Une implantation dont on doit tirer profit

En 2001, le programme Naître égaux-Grandir en santé (NÉ-GS) est mis en œuvre dans la MRC de Montmagny, plus particulièrement dans la portion sud, secteur défavorisé sur plusieurs facteurs associés à la pauvreté et à la santé des enfants. L'implantation implique l'équipe interdisciplinaire en Famille/Enfance/Jeunesse (FEJ) du CLSC et les partenaires du milieu oeuvrant auprès des familles défavorisées. Ce milieu montre la volonté d'expérimenter cette mise en œuvre sans attendre de financement en provenance du MSSS. La Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a réalisé une évaluation d'implantation de cette expérience.

Ayant pour objectif de juger de la faisabilité du programme et d'en tirer profit pour la poursuite au plan régional, l'évaluation du projet s'effectue de septembre 2001 à décembre 2003. Elle consiste à vérifier si les familles en situation d'extrême pauvreté sont rejointes, si les trois volets incontournables, soit le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle sont actualisés ainsi qu'à dégager les stratégies favorables à l'implantation régionale du programme.

Les ressources affectées par le CLSC

- Le CLSC de Montmagny a initialement dégagé 60 000 $: la moitié provenant d'un réaménagement de ressources et l'autre constitué d'argent neuf afin d'effectuer le suivi d'une vingtaine de clientes familles.

- Cinq types de professionnels furent libérés pour NÉ-GS à l'intérieur des services 0-5 ans :
  - ✓ 2 infirmières (au total 4 jours/semaine);
  - ✓ 1 intervenant social (1 à 1,5 jours/semaine);
  - ✓ 1 nutritionniste (1 jour/semaine);
  - ✓ 1 éducatrice spécialisée (1 à 2 jours/semaine);
  - ✓ 1 organisateur communautaire (0,5 à 1 jour/semaine).

- De plus, le coordonnateur de l'équipe FEJ encadre le projet par :
  - ✓ un investissement initial d'environ 1 jour/semaine pour NÉ-GS, puis ensuite selon les besoins;
  - ✓ une implication dans les rencontres d'équipe de suivi interdisciplinaire et celles du comité intersectoriel dont il assure l'animation.

Dans ce document, il sera question du programme NÉ-GS, car c'est lui qui a été l'objet de l'évaluation. Toutefois, ce programme, le programme de soutien aux jeunes parents et le soutien éducatif précoce sont maintenant réunis dans ce qui est appelé *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité.*

Une implantation dont on doit tirer profit

En 2001, le programme Naître égaux-Grandir en santé (NÉ-GS) est mis en œuvre dans la MRC de Montmagny, plus particulièrement dans la portion sud, secteur défavorisé sur plusieurs facteurs associés à la pauvreté et à la santé des enfants. L'implantation implique l'équipe interdisciplinaire en Famille/Enfance/Jeunesse (FEJ) du CLSC et les partenaires du milieu oeuvrant auprès des familles défavorisées. Ce milieu montre la volonté d'expérimenter cette mise en œuvre sans attendre de financement en provenance du MSSS. La Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a réalisé une évaluation d'implantation de cette expérience.

Ayant pour objectif de juger de la faisabilité du programme et d'en tirer profit pour la poursuite au plan régional, l'évaluation du projet s'effectue de septembre 2001 à décembre 2003. Elle consiste à vérifier si les familles en situation d'extrême pauvreté sont rejointes, si les trois volets incontournables, soit le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle sont actualisés ainsi qu'à dégager les stratégies favorables à l'implantation régionale du programme.

Les ressources affectées par le CLSC

- Le CLSC de Montmagny a initialement dégagé 60 000 $: la moitié provenant d'un réaménagement de ressources et l'autre constitué d'argent neuf afin d'effectuer le suivi d'une vingtaine de clientes familles.

- Cinq types de professionnels furent libérés pour NÉ-GS à l'intérieur des services 0-5 ans :
  - ✓ 2 infirmières (au total 4 jours/semaine);
  - ✓ 1 intervenant social (1 à 1,5 jours/semaine);
  - ✓ 1 nutritionniste (1 jour/semaine);
  - ✓ 1 éducatrice spécialisée (1 à 2 jours/semaine);
  - ✓ 1 organisateur communautaire (0,5 à 1 jour/semaine).

- De plus, le coordonnateur de l'équipe FEJ encadre le projet par :
  - ✓ un investissement initial d'environ 1 jour/semaine pour NÉ-GS, puis ensuite selon les besoins;
  - ✓ une implication dans les rencontres d'équipe de suivi interdisciplinaire et celles du comité intersectoriel dont il assure l'animation.

Dans ce document, il sera question du programme NÉ-GS, car c'est lui qui a été l'objet de l'évaluation. Toutefois, ce programme, le programme de soutien aux jeunes parents et le soutien éducatif précoce sont maintenant réunis dans ce qui est appelé *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité.*

106-01577/

Des services préventifs pour la famille

La pauvreté économique et sociale et le jeune âge des parents sont des déterminants puissants du développement et de l'adaptation sociale des enfants. Les services intégrés sont des services de prévention/promotion en périnatalité visant justement à rejoindre les familles touchées par l'extrême pauvreté. Ils proposent une vision globale des services prénataux et postnataux offerts aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils impliquent une approche écologique visant les différents déterminants de la santé et ciblant les familles, mais aussi les services, le réseau immédiat, les milieux de vie et l'environnement global comme cibles d'intervention.

Les services intégrés visent donc l'accompagnement des familles et la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être afin de favoriser le développement global des enfants, de prévenir et de réduire les retards de développement et les problèmes d'adaptation sociale.

La clientèle rejointe

- 30 clientes familles ont été suivies. Les suppléments alimentaires sont appréciés et sont un incitatif majeur à la participation au programme.
- Plusieurs clientes se sont autoréférées. Également, des modalités de références, formalisées avec les médecins et le centre local d'emploi, ont porté fruit.
- L'équipe a fait le choix de ne pas discriminer par rapport au niveau de vulnérabilité. Une majorité des clientes familles suivies semblent donc vivre une situation d'extrême pauvreté, une petite proportion de la clientèle apparaît être plutôt en situation de précarité.
- Une confusion est constatée entre la nécessité de cibler les clientes en situation d'extrême pauvreté pour leur offrir l'intensité et la continuité des interventions NÉ-GS et le besoin d'offrir également des services périnataux aux clientes qui sont en situation de précarité.

Inclure des familles moins vulnérables dans les charges de cas du programme NÉ-GS n'est pas une bonne stratégie. Cela diminue la capacité de l'équipe à recruter ou à dispenser l'intensité de services requise auprès des familles les plus en besoin.

NÉ-GS EN RAPPEL...

- **La clientèle en situation d'extrême pauvreté doit présenter les critères d'admissibilité suivants :**
  - ✓ **se situe sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada;**
  - ✓ **n'a pas complété son 5e secondaire.**
- **La clientèle cible présente souvent les caractéristiques suivantes :**
  - ✓ **des problèmes nombreux, intenses et persistants;**
  - ✓ **est difficile à recruter, voire méfiante.**
- **Les familles en situation de précarité vivent des difficultés moins intenses et moins persistantes.**

Le travail en équipe interdisciplinaire

▪ L'intervention prénatale est réalisée par 3 ressources : l'infirmière, l'intervenant social et le nutritionniste. Ils interviennent en alternance afin de s'adapter aux ressources disponibles dans l'équipe et de faciliter l'intégration du travailleur social dans les suivis, si nécessaire. Ce mode de fonctionnement ne semble pas avoir nuit à l'établissement du lien de confiance avec les clientes familles.

▪ Par contre, en postnatal, seule l'intervenante privilégiée, généralement une infirmière, poursuit le suivi avec les clientes familles.

▪ L'équipe tient systématiquement des rencontres d'une durée d'une heure trente minutes toutes les deux semaines. Les dossiers y sont discutés, mais les plans d'intervention n'y sont pas réalisés ce que souhaite corriger l'équipe.

▪ Les rôles de chacun des membres de l'équipe n'ont pas été immédiatement clairs et mis en pratique. Certains rôles plus ambigus, se sont clarifiés graduellement :

- ✓ éducatrice spécialisée : stimulation psychomotrice et du langage des enfants;
- ✓ travailleur communautaire : recherche de solutions à des problèmes matériels ou de services, liaison avec les partenaires du milieu.

▪ Les infirmières assurent plus de la moitié de toutes les interventions de l'équipe et l'implication de l'éducatrice spécialisée a été croissante tout au long de l'implantation.

▪ Le suivi doit être principalement actualisé par une intervenante privilégiée. C'est un élément jugé essentiel pour favoriser l'établissement d'un lien de confiance, généralement assez difficile à développer avec la clientèle.

▪ Une équipe interdisciplinaire doit être formée pour soutenir l'intervenante privilégiée. Elle tient des rencontres régulièrement afin d'effectuer des discussions de cas, cerner les besoins des clientes familles et établir des plans d'intervention pour chacune d'elles.

Le développement d'un véritable travail en équipe n'est pas simple : il faut s'apprivoiser mutuellement et éclaircir les rôles de chacun. Cela implique aussi de changer son attitude et ses pratiques. La persévérance et la stabilité des membres de l'équipe constituent ici des facteurs clés de succès.

Le suivi individuel

- Globalement, l'intervention **prénatale** débute tôt, pour la majorité des clientes, mais elle n'atteint pas les critères d'intensité et de continuité du programme pour une certaine proportion des clientes familles suivies qui apparaissent être en situation d'extrême pauvreté.

- L'intensité du suivi, tant à la période prénatale que postnatale, varie selon les clientes. La période du suivi pour laquelle l'intensité requise est moins souvent atteinte se situe entre 0 et 3 mois. De plus, certaines clientes arrêtent leur suivi sans raison explicite avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans.

- Le programme prône à la fois la liberté de choix et l'autonomie des clientes familles, mais impose des critères de fréquence de rencontres, ce qui est apparu quelque peu paradoxal aux intervenants de l'équipe. Pour ceux-ci, le respect du choix des clientes familles est capital quant à l'intensité et à la continuité du suivi.

La clientèle NÉ-GS est la plus susceptible de mettre au monde et d'élever des enfants qui risquent de développer des problèmes de santé ou des retards de développement. L'intervention doit donc débuter le plus tôt possible, en plus d'être intense et continue. Pour la réaliser, il est nécessaire de planifier et d'organiser rigoureusement les ressources, les formations et le développement des outils d'intervention.

L'accompagnement communautaire

- L'équipe interdisciplinaire réfère aux ressources du milieu en informant les clientes familles des ressources et en les incitant à les utiliser. La participation des familles aux activités de stimulation précoce a aussi été favorisée de diverses façons.

- On constate un problème de disponibilité, d'accessibilité ou de qualité de certains services offerts par l'organisme pivot du programme NÉ-GS, le centre local d'entraide familial (CLEF).

- La collaboration de l'équipe du CLSC avec le CLEF s'est avérée bonne, mais limitée.

- Ces divers problèmes semblent causés principalement par le manque de financement du CLEF.

NÉ-GS EN RAPPEL...

- **L'objectif de ce volet est d'amener les familles à utiliser les services présents dans leur communauté et aussi de briser leur isolement.**

- **Un ou des organismes doivent être désignés pour jouer un rôle particulier et essentiel dans le soutien aux familles suivies.**

- **L'accompagnement communautaire d'une ressource à une autre, la référence et la collaboration interressources peuvent se faire de différentes façons, par exemple :**
  - ✓ **accompagnement pour présenter la cliente aux intervenants des organismes communautaires ;**
  - ✓ **une intervenante communautaire accompagne l'intervenant du CLSC lors d'une visite à domicile ;**
  - ✓ **des activités du CLSC sont dispensées dans les locaux de l'organisme communautaire.**

L'approche écologique est au coeur du programme : les organismes communautaires doivent participer à son actualisation. Assurer un financement de base suffisant et récurrent des organismes désignés est indispensable. Associer le milieu communautaire dès les premières phases de l'implantation est aussi une condition facilitant l'actualisation de ce volet.

- L'intervention prénatale est réalisée par 3 ressources : l'infirmière, l'intervenant social et le nutritionniste. Ils interviennent en alternance afin de s'adapter aux ressources disponibles dans l'équipe et de faciliter l'intégration du travailleur social dans les suivis, si nécessaire. Ce mode de fonctionnement ne semble pas avoir nuit à l'établissement du lien de confiance avec les clientes familles.

- Par contre, en postnatal, seule l'intervenante privilégiée, généralement une infirmière, poursuit le suivi avec les clientes familles.

- L'équipe tient systématiquement des rencontres d'une durée d'une heure trente minutes toutes les deux semaines. Les dossiers y sont discutés, mais les plans d'intervention n'y sont pas réalisés ce que souhaite corriger l'équipe.

- Les rôles de chacun des membres de l'équipe n'ont pas été immédiatement clairs et mis en pratique. Certains rôles plus ambigus, se sont clarifiés graduellement :
  - ✓ éducatrice spécialisée : stimulation psychomotrice et du langage des enfants;
  - ✓ travailleur communautaire : recherche de solutions à des problèmes matériels ou de services, liaison avec les partenaires du milieu.

- Les infirmières assurent plus de la moitié de toutes les interventions de l'équipe et l'implication de l'éducatrice spécialisée a été croissante tout au long de l'implantation.

- **Le suivi doit être principalement actualisé par une intervenante privilégiée. C'est un élément jugé essentiel pour favoriser l'établissement d'un lien de confiance, généralement assez difficile à développer avec la clientèle.**

- **Une équipe interdisciplinaire doit être formée pour soutenir l'intervenante privilégiée. Elle tient des rencontres régulièrement afin d'effectuer des discussions de cas, cerner les besoins des clientes familles et établir des plans d'intervention pour chacune d'elles.**

Le développement d'un véritable travail en équipe n'est pas simple : il faut s'apprivoiser mutuellement et éclaircir les rôles de chacun. Cela implique aussi de changer son attitude et ses pratiques. La persévérance et la stabilité des membres de l'équipe constituent ici des facteurs clés de succès.

Le suivi individuel

- Globalement, l'intervention **prénatale** débute tôt, pour la majorité des clientes, mais elle n'atteint pas les critères d'intensité et de continuité du programme pour une certaine proportion des clientes familles suivies qui apparaissent être en situation d'extrême pauvreté.

- L'intensité du suivi, tant à la période prénatale que postnatale, varie selon les clientes. La période du suivi pour laquelle l'intensité requise est moins souvent atteinte se situe entre 0 et 3 mois. De plus, certaines clientes arrêtent leur suivi sans raison explicite avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans.

- Le programme prône à la fois la liberté de choix et l'autonomie des clientes familles, mais impose des critères de fréquence de rencontres, ce qui est apparu quelque peu paradoxal aux intervenants de l'équipe. Pour ceux-ci, le respect du choix des clientes familles est capital quant à l'intensité et à la continuité du suivi.

La clientèle NÉ-GS est la plus susceptible de mettre au monde et d'élever des enfants qui risquent de développer des problèmes de santé ou des retards de développement. L'intervention doit donc débuter le plus tôt possible, en plus d'être intense et continue. Pour la réaliser, il est nécessaire de planifier et d'organiser rigoureusement les ressources, les formations et le développement des outils d'intervention.

L'accompagnement communautaire

- L'équipe interdisciplinaire réfère aux ressources du milieu en informant les clientes familles des ressources et en les incitant à les utiliser. La participation des familles aux activités de stimulation précoce a aussi été favorisée de diverses façons.

- On constate un problème de disponibilité, d'accessibilité ou de qualité de certains services offerts par l'organisme pivot du programme NÉ-GS, le centre local d'entraide familial (CLEF).

- La collaboration de l'équipe du CLSC avec le CLEF s'est avérée bonne, mais limitée.

- Ces divers problèmes semblent causés principalement par le manque de financement du CLEF.

NÉ-GS EN RAPPEL...

- **L'objectif de ce volet est d'amener les familles à utiliser les services présents dans leur communauté et aussi de briser leur isolement.**

- **Un ou des organismes doivent être désignés pour jouer un rôle particulier et essentiel dans le soutien aux familles suivies.**

- **L'accompagnement communautaire d'une ressource à une autre, la référence et la collaboration interressources peuvent se faire de différentes façons, par exemple :**
  - ✓ **accompagnement pour présenter la cliente aux intervenants des organismes communautaires ;**
  - ✓ **une intervenante communautaire accompagne l'intervenant du CLSC lors d'une visite à domicile ;**
  - ✓ **des activités du CLSC sont dispensées dans les locaux de l'organisme communautaire.**

L'approche écologique est au coeur du programme : les organismes communautaires doivent participer à son actualisation. Assurer un financement de base suffisant et récurrent des organismes désignés est indispensable. Associer le milieu communautaire dès les premières phases de l'implantation est aussi une condition facilitant l'actualisation de ce volet.

- Plusieurs partenaires du milieu sont mobilisés et participent au processus d'action intersectorielle dont le leadership et l'animation sont assurés par le coordonnateur de l'équipe de suivi du CLSC. Des rencontres sont tenues à tous les deux mois environ.

- Des actions prioritaires furent ciblées et des démarches furent réalisées pour les actualiser. Par contre, le comité gagnerait à structurer davantage son plan d'action et à effectuer des bilans annuels. Il est aussi nécessaire de trouver des façons d'impliquer plus les partenaires dans les processus de réflexion, de décision et d'action.

- La clientèle a été impliquée de façon minimale à l'action intersectorielle : démarches pour l'obtention de places supplémentaires en garderie (pétition, sondage sur les besoins, recrutement d'enfants et de familles de garde). Cette participation pourrait être augmentée.

- Le comité intersectoriel a permis aux participants de mieux connaître les différents services offerts par les partenaires et la réalité des familles. Il a aussi favorisé les liens de collaboration entre les organismes.

- L'action intersectorielle NÉ-GS consiste à mobiliser une gamme très large d'acteurs pouvant agir sur la qualité de vie des familles défavorisées et les déterminants de la santé.

- Ce volet implique de mettre en place un plan d'action visant à consolider et à développer des ressources offrant un soutien matériel et social aux familles, et du soutien au développement global de l'enfant.

- Les conditions favorables à l'action intersectorielle sont des orientations et des buts communs, une structure de fonctionnement souple et efficace, un climat d'ouverture et de confiance, une implication réelle des partenaires et un parti pris pour des actions concrètes.

Il est difficile d'intégrer les actions des divers organismes du milieu et d'établir un plan d'action commun : c'est un processus qui demande du temps.

Des efforts doivent être consacrés pour favoriser la participation des familles. Elles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins et de leurs projets. Elles doivent s'exprimer et être entendues. Les familles doivent participer aux actions, d'une façon ou d'une autre, cela contribue au renforcement de leur pouvoir d'agir.

Des incontournables et quelques stratégies favorables

- Le programme doit être adapté au milieu dans lequel il s'implante. Certains aspects sont toutefois incontournables. L'essence du programme consiste en :
  - ✓ la complémentarité des trois volets manifestant son caractère écologique ;
  - ✓ la clientèle à haut risque de développer plusieurs problèmes sociaux et de santé ;
  - ✓ la précocité, l'intensité et la continuité de l'intervention recommandée.

- Différentes conditions semblent favorables pour actualiser et préserver l'essence du programme :
  - ✓ l'adhésion au programme des personnes impliquées (intervenants, gestionnaires) ;
  - ✓ le développement d'une vision commune quant aux valeurs et à la clientèle du programme ;
  - ✓ l'organisation, la planification des ressources et le suivi des démarches ;
  - ✓ la consolidation financière du ou des organismes communautaires impliqués ;
  - ✓ le soutien explicite et financier des instances régionales et provinciales.

La volonté ne suffit pas pour implanter un programme comme NÉ-GS : des ressources suffisantes doivent être investies. Sinon, le programme est dénaturé et perd les éléments essentiels gages de son efficacité.

En conclusion...

L'évaluation a permis de constater que plusieurs des éléments du programme furent mis en place avec succès. Certaines adaptations résultent des ressources limitées disponibles. Quelques aspects méritent une réflexion car ils réfèrent à des ingrédients considérés essentiels au programme :

- ✓ l'alternance des trois types d'intervenants au suivi prénatal;
- ✓ l'intensité et la continuité des interventions qui ne sont pas atteintes pour quelques clientes familles;
- ✓ la confusion entre l'offre de service NÉ-GS et celle pour les autres clientèles;
- ✓ le manque de consolidation financière de l'organisme communautaire désigné.

Malgré ces difficultés rencontrées, l'implantation a généré beaucoup d'effets positifs :

- ✓ une amélioration de la qualité des interventions et du travail de l'équipe interdisciplinaire;
- ✓ une consolidation des liens de collaboration entre les partenaires;
- ✓ des actions pour améliorer les conditions de vie et les services;
- ✓ une amélioration de la connaissance de la problématique de la pauvreté et une motivation renforcée du milieu pour tenter d'améliorer les choses.

Du très bon travail a donc été réalisé dans la MRC de Montmagny. L'équipe du CLSC et ses partenaires se sont mobilisés et ont fait un bout de chemin dans une voie prometteuse contribuant à améliorer les pratiques périnatales et les services aux familles vivant dans la pauvreté.

• Plusieurs partenaires du milieu sont mobilisés et participent au processus d'action intersectorielle dont le leadership et l'animation sont assurés par le coordonnateur de l'équipe de suivi du CLSC. Des rencontres sont tenues à tous les deux mois environ.

• Des actions prioritaires furent ciblées et des démarches furent réalisées pour les actualiser. Par contre, le comité gagnerait à structurer davantage son plan d'action et à effectuer des bilans annuels. Il est aussi nécessaire de trouver des façons d'impliquer plus les partenaires dans les processus de réflexion, de décision et d'action.

• La clientèle a été impliquée de façon minimale à l'action intersectorielle : démarches pour l'obtention de places supplémentaires en garderie (pétition, sondage sur les besoins, recrutement d'enfants et de familles de garde). Cette participation pourrait être augmentée.

• Le comité intersectoriel a permis aux participants de mieux connaître les différents services offerts par les partenaires et la réalité des familles. Il a aussi favorisé les liens de collaboration entre les organismes.

• L'action intersectorielle NÉ-GS consiste à mobiliser une gamme très large d'acteurs pouvant agir sur la qualité de vie des familles défavorisées et les déterminants de la santé.

• Ce volet implique de mettre en place un plan d'action visant à consolider et à développer des ressources offrant un soutien matériel et social aux familles, et du soutien au développement global de l'enfant.

• Les conditions favorables à l'action intersectorielle sont des orientations et des buts communs, une structure de fonctionnement souple et efficace, un climat d'ouverture et de confiance, une implication réelle des partenaires et un parti pris pour des actions concrètes.

Il est difficile d'intégrer les actions des divers organismes du milieu et d'établir un plan d'action commun : c'est un processus qui demande du temps.

Des efforts doivent être consacrés pour favoriser la participation des familles. Elles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins et de leurs projets. Elles doivent s'exprimer et être entendues. Les familles doivent participer aux actions, d'une façon ou d'une autre, cela contribue au renforcement de leur pouvoir d'agir.

Des incontournables et quelques stratégies favorables

- Le programme doit être adapté au milieu dans lequel il s'implante. Certains aspects sont toutefois incontournables. L'essence du programme consiste en :
  - ✓ la complémentarité des trois volets manifestant son caractère écologique ;
  - ✓ la clientèle à haut risque de développer plusieurs problèmes sociaux et de santé ;
  - ✓ la précocité, l'intensité et la continuité de l'intervention recommandée.

- Différentes conditions semblent favorables pour actualiser et préserver l'essence du programme :
  - ✓ l'adhésion au programme des personnes impliquées (intervenants, gestionnaires) ;
  - ✓ le développement d'une vision commune quant aux valeurs et à la clientèle du programme ;
  - ✓ l'organisation, la planification des ressources et le suivi des démarches ;
  - ✓ la consolidation financière du ou des organismes communautaires impliqués ;
  - ✓ le soutien explicite et financier des instances régionales et provinciales.

La volonté ne suffit pas pour implanter un programme comme NÉ-GS : des ressources suffisantes doivent être investies. Sinon, le programme est dénaturé et perd les éléments essentiels gages de son efficacité.

En conclusion...

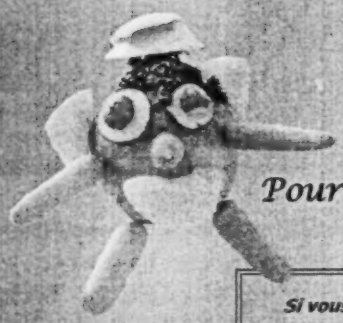
L'évaluation a permis de constater que plusieurs des éléments du programme furent mis en place avec succès. Certaines adaptations résultent des ressources limitées disponibles. Quelques aspects méritent une réflexion car ils réfèrent à des ingrédients considérés essentiels au programme :

- ✓ l'alternance des trois types d'intervenants au suivi prénatal;
- ✓ l'intensité et la continuité des interventions qui ne sont pas atteintes pour quelques clientes familles;
- ✓ la confusion entre l'offre de service NÉ-GS et celle pour les autres clientèles;
- ✓ le manque de consolidation financière de l'organisme communautaire désigné.

Malgré ces difficultés rencontrées, l'implantation a généré beaucoup d'effets positifs :

- ✓ une amélioration de la qualité des interventions et du travail de l'équipe interdisciplinaire;
- ✓ une consolidation des liens de collaboration entre les partenaires;
- ✓ des actions pour améliorer les conditions de vie et les services;
- ✓ une amélioration de la connaissance de la problématique de la pauvreté et une motivation renforcée du milieu pour tenter d'améliorer les choses.

Du très bon travail a donc été réalisé dans la MRC de Montmagny. L'équipe du CLSC et ses partenaires se sont mobilisés et ont fait un bout de chemin dans une voie prometteuse contribuant à améliorer les pratiques périnatales et les services aux familles vivant dans la pauvreté.



Pour en savoir encore plus!

Si vous désirez plus de précisions sur cette évaluation, n'hésitez pas à prendre connaissance du document mentionné ci-dessous.

ROUSSEAU, Josée (2005). ***Naître égaux – Grandir en santé : Évaluation de l'implantation dans la MRC de Montmagny,*** **Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP (SRE), 141 p.**

Pour commander ou consulter le document ou pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce résumé, communiquez avec le Centre de documentation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches au (418) 386-3558.

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2005
- Bibliothèque nationale du Canada, 2005

NAÎTRE EGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

Évaluation de l'implantation

dans la MRC de Montmagny

Québec

Janvier 2005
Josée Rousseau

Surveillance/recherche/évaluation
Direction de santé publique

NAÎTRE ÉGAUX – GRANDIR EN SANTÉ

Évaluation de l'implantation

dans la MRC de Montmagny

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

Document produit par le Service de surveillance/recherche/évaluation
de la Direction de santé publique
de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Analyse et rédaction
Josée Rousseau agente de recherche sociosanitaire

Traitement de l'information
Alexandre Leblanc-Saint-Cyr et François Léveillé techniciens en recherche psychosociale

Révision et mise en page
Sylvie Lepage secrétaire

Présentation de la référence suggérée
ROUSSEAU, Josée. Naître égaux — Grandir en santé : Évaluation de l'implantation dans la MRC de Montmagny, Sainte-Marie, Direction de santé publique, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, 2005, 141 p.- annexe pag. variée.

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document,
faites parvenir votre commande

par télécopieur : (418) 386-3361
par téléphone : (418) 386-3558
ou par la poste : Centre de documentation
Agence de services de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89548-197-0
Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca/) 12-2004-016

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Note : Le genre masculin ou féminin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.

La réalisation de cette étude a été rendue possible
grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux
et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

Janvier 2005

Remerciements

La réalisation de l'évaluation de l'implantation du programme Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) a nécessité la collaboration de plusieurs personnes. Je tiens à remercier, de façon toute particulière, les membres de l'équipe d'implantation NÉ-GS du CLSC et CHSLD de Montmagny (secteur sud) qui ont permis que le processus d'implantation soit observé lors des réunions d'équipe et des réunions du comité intersectoriel, et aussi accepté de donner de leur temps pour que les entrevues de groupe et individuelles soient réalisées aux moments des bilans.

Je souhaite remercier, une fois de plus, les infirmières de cette équipe qui ont également rempli des fiches d'information sur toutes les clientes ayant été suivies dans le cadre du programme et accepté de répondre à de nombreuses questions complémentaires. Merci, également, à madame Céline Lemelin qui a produit l'information détaillée sur les interventions effectuées dans le cadre de l'implantation du programme permettant ainsi de comprendre, avec plus de précisions, le travail effectué par l'équipe d'intervention.

Des sincères remerciements sont adressés également aux membres du comité intersectoriel qui ont accepté de partager leurs idées et leurs opinions et de décrire leur expérience lors d'une rencontre de groupe bilan sur ce volet du programme NÉ-GS.

De même, merci à toutes les personnes qui ont pris le temps de lire et de commenter ce rapport d'évaluation et qui m'ont donc aidé à rendre le contenu plus nuancé ou précis : les membres de l'équipe d'implantation, mesdames Jano Gignac, Martine Couture, Andrée Fafard, et messieurs Jacques Samson, Alain Turbide et Phillipe Lessard.

Finalement, un merci spécial à madame Jano Gignac qui a fait germer l'idée d'effectuer cette évaluation, et a généreusement offert son soutien et son expertise tout au long du processus d'évaluation. Cette initiative a permis d'encadrer le processus d'implantation et de produire, je l'espère, un rapport de recherche utile pour d'autres milieux désirant éventuellement implanter ce programme.

MILLE FOIS MERCI À TOUS CES COLLABORATEURS !

Table des matières

Liste des tableaux ____ *11*

Liste des figures ____ *13*

INTRODUCTION ____ *15*

1. PROBLÉMATIQUE ____ *17*

1.1 Qu'est-ce que le programme Naître égaux — Grandir en santé? ____ 17

1.1.1 Origine et description globale du programme ____ 17

1.1.2 Volet suivi individuel ____ 19

1.1.3 Volet accompagnement communautaire ____ 19

1.1.4 Volet intersectoriel ____ 21

1.2 Comment définit-on la clientèle cible de NÉ-GS? ____ 23

1.3 Constats des études d'implantation de NÉ-GS dans d'autres régions ____ 24

1.3.1 La clientèle cible du programme et son recrutement ____ 24

1.3.2 Le travail en équipe interdisciplinaire et l'intervention dans NÉ-GS ____ 25

1.3.3 L'accompagnement communautaire ____ 27

1.3.4 L'action intersectorielle ____ 28

1.3.5 Une condition de réussite essentielle : l'adhésion des différents acteurs ____ 30

1.4 L'implantation de Naître égaux — Grandir en santé dans la MRC de Montmagny ____ 30

2. MÉTHODOLOGIE ____ *35*

2.1 Objectifs de l'étude ____ 35

2.2 Méthode utilisée pour l'évaluation ____ 35

2.2.1 L'évaluation d'implantation de type participative ____ 35

2.2.2 Étapes d'évaluation et méthodes correspondantes ____ 36

2.3 Méthode d'analyse des données ____ 40

3. L'IMPLANTATION DU PROGRAMME ____ *41*

3.1 Étapes initiales de l'implantation ____ 41

3.2 Ressources affectées à l'implantation 42
3.2.1 Équivalent en ressources humaines et budgétaires 42
3.2.2 Les professionnels assurant les suivis 43
3.2.3 Le travail de coordination 44

3.3 Clientèle cible et recrutement 45
3.3.1 En bref, ce que les écrits révèlent 45
3.3.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation 45
3.3.3 En résumé, les principaux constats 59

3.4 Précocité, intensité et continuité de l'intervention 60
3.4.1 En bref ce que les écrits révèlent 60
3.4.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation 61
3.4.3 En résumé, les principaux constats 74

3.5 Fonctionnement de l'équipe de suivi interdisciplinaire 76
3.5.1 En bref ce que les écrits révèlent 76
3.5.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation 76
3.5.3 En résumé, les principaux constats 84

3.6 L'accompagnement communautaire 85
3.6.1 En bref ce que les écrits révèlent 85
3.6.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation 86
3.6.3 En résumé, les principaux constats 90

3.7 L'action intersectorielle 92
3.7.1 En bref, ce que les écrits révèlent 92
3.7.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation 92
3.7.3 En résumé, les principaux constats 105

3.8 Identification des conditions favorisant le succès de l'implantation du programme NÉ-GS 106

3.9 La participation de la Direction de santé publique à l'expérience d'implantation 107
3.9.1 Rôle de la responsable à la Direction de santé publique 107
3.9.2 Description et bilan des formations réalisées 108
3.9.3 Niveau de satisfaction quant au soutien offert 109
3.9.4 En résumé, les principaux constats 110

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS *111*

4.1 Objectif 1 111
4.1.1 Le suivi individuel intensif 111
4.1.2 L'accompagnement communautaire 113
4.1.3 L'action intersectorielle 115

4.2 Objectif 2 117
4.2.1 Proportion de naissances suivies par le CLSC 117
4.2.2 Caractéristiques des clientes familles suivies par le CLSC 117
4.2.3 Clientèle rejointe par les organismes communautaires 118
4.2.4 Clientèle rejointe versus clientèle ciblée 118

4.3 Objectif 3 119

4.4 En résumé, les forces, les pistes d'amélioration et les éléments de questionnement 124
4.4.1 Les points forts 124
4.4.2 Les aspects à améliorer ou à questionner 125

4.5 Limites de l'évaluation 126
4.5.1 Le point de vue, non recueilli, de certains acteurs clés 127
4.5.2 L'absence d'analyse des dossiers des clientes familles 127
4.5.3 Fréquence et structure des remises en question 127

CONCLUSION *129*

BIBLIOGRAPHIE *133*

ANNEXE *137*

Outils de collecte de données 137
Bilans interdisciplinaires et généraux 137

Outils de collecte de données 139
Bilan intersectoriel 139

Outils de collecte de données 141
Bilans sur la clientèle 141

Liste des tableaux

Tableau 1 Proportion (en %) de la population touchée par différents facteurs de risques associés à la santé des enfants, en fonction du territoire de Montmagny considéré et en Chaudière-Appalaches _____ 32

Tableau 2 Nombre de clientes familles référées au programme selon la source de référence _____ 47

Tableau 3 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur niveau de scolarité complétée _____ 49

Tableau 4 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur occupation lors de l'inscription _____ 49

Tableau 5 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur principale source de revenu familial _____ 49

Tableau 6 Répartition de clientes NÉ-GS selon leur statut civil à l'inscription _____ 50

Tableau 7 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur âge à l'inscription _____ 50

Tableau 8 Nombre de clientes vivant différentes problématiques sociales ou de santé selon le point de vue de l'intervenante privilégiée _____ 53

Tableau 9 Répartition des clientes selon le nombre de problèmes de nature physique vécus 54

Tableau 10 Répartition des clientes selon le nombre de problèmes de nature psychosociale vécus _____ 54

Tableau 11 Qualification de l'intensité des difficultés vécues dans différentes sphères de vie pour chacune des histoires de cas racontées _____ 56

Tableau 12 Proportion des naissances suivies dans le cadre du programme NÉ-GS 2001-2003 en fonction des naissances totales survenues au cours de cette période _____ 57

Tableau 13 Répartition des clientes familles qui ont bénéficié du suivi prénatal entre le 1er juin 2001 et le 31 décembre 2003, selon la période de grossesse correspondant au début du suivi _____ 63

Tableau 14 Distribution des clientes familles NÉ-GS ayant mis fin à leur suivi avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans, selon le moment de l'arrêt du suivi _____ 64

Tableau 15 Répartition des clientes familles selon la fréquence moyenne par mois des rencontres de suivi prénatal _____ 66

Tableau 16 Répartition des clientes familles selon le nombre d'interventions au cours du premier mois suivant la naissance _____ 67

Tableau 17 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales au cours du deuxième et troisième mois suivant la naissance _____ 68

Tableau 18 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales du troisième au sixième mois suivant la naissance _____ 69

Tableau 19 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales du 6e au 24e mois suivant la naissance _____ 70

Tableau 20 Nombre de présence aux réunions du comité intersectoriel NÉ-GS selon les diverses organisations participantes _____ 94

Liste des figures

Figure 1 Résumé schématique des trois volets du programme NÉ-GS _____ 22

Figure 2 Illustration de la MRC de Montmagny à l'intérieur de la région de la Chaudière-Appalaches _____ 33

Figure 3 Les différents temps de l'évaluation de l'implantation NÉ-GS dans Montmagny-Sud 37

Figure 4 Répartition des clientes familles NÉ-GS selon le moment de leur intégration au programme _____ 46

Figure 5 Répartition des clientes familles selon leur municipalité de provenance _____ 51

Figure 6 Nombre de clientes suivies pour chaque période évaluée et selon le type de suivi reçu _____ 62

Figure 7 Répartition des raisons de cessation de suivi _____ 64

Figure 8 Répartition des clientes familles n'atteignant pas les critères d'intensité ou de continuité d'intervention selon qu'elles répondent ou non aux critères de sélection (cumul de problèmes et non atteinte du 5e secondaire) _____ 71

Figure 9 Répartition des clientes familles ne répondant pas aux critères de sélection (cumul de problèmes ou non atteinte du 5e secondaire) selon qu'ils atteignent ou non les critères d'intensité ou de continuité d'intervention _____ 72

Figure 10 Évolution du nombre moyen d'interventions par mois auprès des clientes familles selon chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire et globalement _____ 80

Figure 11 Variation de l'implication relative de chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire au cours des trois périodes de l'évaluation _____ 81

Figure 12 Proportion globale des interventions assurées par chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire au cours de la période d'évaluation _____ *82*

Figure 13 Nombre de clientes familles ayant utilisé les divers services offerts dans le milieu_ *88*

Figure 14 Nombre de clientes familles ayant utilisé les services de groupe offerts par le CLSC _____ *88*

Figure 15 Nombre de partenaires présents à chacune des rencontres du comité intersectoriel _____ *93*

INTRODUCTION

Les premières années de la vie sont extrêmement importantes. Afin d'éviter qu'une trajectoire semée d'embûches ne s'amorce déjà dans la vie des enfants, il est important qu'ils constituent un groupe-cible de première importance en matière de promotion de la santé et du bien-être et de prévention (MSSS, 1997). Plusieurs études démontrent, en effet, qu'un bébé né dans une famille pauvre a plus de risque d'être prématuré, d'avoir un poids insuffisant ou d'avoir un retard de croissance intra-utérine. De même, ce bébé subit, plus souvent que ceux du reste de la population, les conséquences du cumul des facteurs de risques sociaux et de santé qui les entourent. Ces conséquences peuvent prendre la forme de problèmes d'adaptation sociale ou de problèmes de développement (MSSS, 1997).

Le programme Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS), expérimenté depuis le début des années 1990, initialement dans les régions de Montréal-Centre et de l'Abitibi Témiscamingue, est apparu comme une intervention prometteuse face aux problèmes sociaux et de santé des enfants qui sont à la fois d'ordre individuel, familial et socioculturel (MSSS, 1991). L'implantation de ce type de programme a donc été incluse dans les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : d'ici 2002, 50 % des femmes québécoises enceintes sous scolarisées et en situation d'extrême pauvreté devaient être rejointes par un programme intégré de promotion de la santé et de prévention périnatale de ce type. Pour ce faire, ce type de programme devrait être offert dans tous les territoires de CLSC (MSSS, 1997).

En réponse à cette volonté nationale, l'idée d'implanter ce programme dans la région de la Chaudière-Appalaches a germé. Il a été décidé de tenter d'abord l'expérience dans un seul territoire : un projet pilote fut initié au printemps 2001 dans la MRC de Montmagny, plus spécifiquement dans la portion sud de cette MRC. Afin d'encadrer cette expérience et d'en tirer profit pour les autres MRC de la région, une évaluation de la mise en oeuvre fut rendue possible et effectuée grâce au Programme de subventions en santé publique. Ce rapport illustre les résultats de cette démarche évaluative. Le premier chapitre décrit le programme, les résultats et constats des expériences d'implantation antérieures ainsi que les caractéristiques de la MRC de Montmagny. Ensuite, le chapitre 2 décrit brièvement les objectifs de l'étude et la méthode d'évaluation utilisée. Finalement, les chapitres 3 et 4 constituent le cœur du rapport en présentant respectivement les résultats de l'évaluation concernant les trois volets du programme NÉ-GS ainsi que les conclusions qui en sont tirées.

1. PROBLÉMATIQUE

Cette section du rapport remplit un triple objectif, soit celui de décrire succinctement les éléments essentiels du programme Naître égaux — Grandir en santé, de présenter certains constats tirés d'études ou de bilans d'implantation sur ce programme effectués dans d'autres régions du Québec ainsi que de situer le contexte dans lequel s'est implanté ce programme dans le territoire de Montmagny-Sud.

1.1 Qu'est-ce que le programme Naître égaux — Grandir en santé?

1.1.1 Origine et description globale du programme

Depuis plusieurs années, des chercheurs et des intervenants en périnatalité ont fait plusieurs constatations (Boyer et Martin, 1995) :

- les femmes enceintes de milieu défavorisé n'utilisent pas au mieux les services de santé, même s'ils sont gratuits;
- les services de soins médicaux pendant la grossesse sont efficaces mais insuffisants pour réduire la morbidité et la mortalité périnatales en milieu défavorisé;
- les cours prénataux ne rejoignent qu'exceptionnellement les femmes enceintes défavorisées.

Différents projets d'intervention préventive en périnatalité ont alors été mis de l'avant, dont les programmes OLO développés en CLSC à la fin des années 1970. OLO (Oeufs, Lait, Orange), c'est la distribution de suppléments alimentaires aux femmes enceintes de milieu défavorisé, combinée à un suivi global de la grossesse et au soutien de leur famille durant les premiers mois de la vie du nourrisson. Le programme Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) a été conçu à la lumière de ces expériences et constatations, après avoir procédé à une étude minutieuse des programmes efficaces pour rejoindre les femmes en milieu de pauvreté et à une analyse de leurs besoins.

Implanté pour la première fois en 1990 dans Montréal-Centre et en Abitibi-Témiscamingue par territoire de CLSC, Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) est un programme de prévention-promotion en périnatalité visant à rejoindre les familles touchées par l'extrême pauvreté. L'approche privilégiée par ce programme se veut écologique parce qu'elle vise à agir sur les différents déterminants de la santé (conditions de vie, sécurité alimentaire, qualité du réseau, etc.) et donc à ajouter de nouvelles cibles d'intervention (familles, réseau immédiat, services, milieux de vie, environnement global) en visant non seulement les conséquences de la pauvreté, mais également ses causes (Boyer et Martin, 1995).

L'approche écologique tient compte de l'environnement des familles mais aussi de leur potentiel et fait appel à différentes stratégies d'intervention : le renforcement du potentiel individuel, le renforcement du milieu et l'influence (Désilets, 2000). Voici une définition de ces trois types de stratégies selon Martin et Boyer (1995) :

> « La stratégie de **renforcement du potentiel individuel** vise à accroître la capacité des personnes de groupes cibles, ainsi que celles des intervenants et des instances oeuvrant auprès de ces groupes cibles, à faire face aux situations qu'ils rencontrent, et se fonde sur le concept d'empowerment, lequel prévoit construire à partir des compétences, des expériences et intérêts de chacun. » (p.51)
>
> « La stratégie de **renforcement du milieu** vise à consolider ou à modifier les milieux de vie des familles (réseau immédiat, ressources du milieu, école...) et les services de façon à ce que ceux-ci soient mieux adaptés aux besoins des familles. » (p.51)
>
> « La stratégie d'**influence** englobe des activités de sensibilisation allant de la diffusion d'information à des efforts plus structurés de persuasion visant à modifier les attitudes et les connaissances d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté, et à modifier les valeurs sociales et les décisions des instances en cause en vue d'offrir un plus grand soutien aux familles... » (p.52)

Les objectifs du programme NÉ-GS sont les suivants (Boyer, Beauregard, Marchand, 2000) :

Promouvoir

- Le développement de chacun des membres de la famille
- La consolidation et le développement des ressources du quartier
- L'amélioration des conditions de vie de la famille

Prévenir

- Les naissances prématurées et les naissances de bébés de poids insuffisant

- Les abus et la négligence à l'égard des enfants
- Les retards de croissance et de développement chez les enfants
- La dépression durant la grossesse
- La violence conjugale et familiale

NÉ-GS est un programme prénatal et postnatal comportant trois volets d'intervention accolés aux trois types de stratégies, soit un volet de suivi individuel (renforcement du potentiel individuel), un volet d'accompagnement communautaire (renforcement du potentiel individuel et du milieu) et un volet d'action intersectorielle (renforcement du milieu et stratégie d'influence). Voici maintenant une brève description de ces trois volets.

1.1.2 Volet suivi individuel

Il s'agit ici d'un suivi effectué auprès d'une cliente famille en période prénatale et postnatale. Le suivi doit idéalement commencer tôt (soit à la 20e semaine de grossesse), être intense et prolongé (jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans). La fréquence des rencontres après l'accouchement varie selon la période, étant plus intensive lors des trois premiers mois. Ce suivi doit être effectué principalement par une seule intervenante privilégiée qui se rend à domicile et développe ainsi le lien de confiance nécessaire pour intervenir efficacement avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté.

L'intervenante privilégiée doit toutefois absolument être soutenue par une équipe interdisciplinaire afin que les points de vue des différentes disciplines puissent inspirer l'intervention. Le travail d'équipe interdisciplinaire permet de prendre du recul dans l'analyse de situations complexes et de mieux planifier l'intervention (Boyer, Beauregard et Marchand, 2000). Cette équipe doit idéalement être composée d'infirmières, d'un intervenant social, d'un organisateur communautaire, d'un diététiste, d'un chef de programme et d'un médecin. Les rencontres d'équipes doivent avoir lieu toutes les deux semaines et être l'occasion de présentations et de discussions de cas.

1.1.3 Volet accompagnement communautaire

Ce volet a pour but d'amener les familles à utiliser les services présents dans leur communauté. Il permet aux familles, par le fait même, de sortir de leur isolement et de rencontrer d'autres

familles (Gasse, 2000). Ce volet implique une collaboration étroite entre les intervenants du CLSC et ceux des organismes communautaires qui dispensent différents services aux familles. Quoique tous les organismes participant à l'action intersectorielle doivent se sentir interpellés, il est pertinent que certains organismes soient désignés pour jouer un rôle particulier et essentiel dans le soutien offert aux familles suivies (Goulet, 1999). Voici des exemples d'activités pouvant être offertes aux familles (Boyer, Beauregard et Marchand, 2000; Boyer et Martin, 1995; Goulet, 1999) :

- haltes-garderies et répit pour parents
- comptoirs de vêtements pour bébés
- stimulation précoce des bébés
- soutien à l'allaitement
- cuisine collective de purées
- fêtes diverses
- groupes d'entraide pour les familles
- coup de main pour le ménage

L'accompagnement communautaire d'une ressource à une autre, la référence, et la collaboration interressources peuvent se faire de différentes façons (Goulet, 1999) :

- accompagnement de la cliente par l'intervenante privilégiée pour la présenter aux intervenants de ou des organismes communautaires ciblés;
- ententes de références mutuelles conclues entre le CLSC et les organismes communautaires;
- une intervenante communautaire participe aux discussions de cas de l'équipe interdisciplinaire du CLSC;
- une intervenante communautaire accompagne l'intervenante privilégiée du CLSC lors d'une visite à domicile;
- des intervenantes du CLSC participent à des activités de l'organisme communautaire d'accompagnement;
- certaines activités du CLSC sont dispensées dans les locaux de l'organisme communautaire d'accompagnement principal ciblé;
- le CLSC choisit un agent de liaison pour assurer un lien efficace entre le CLSC et l'organisme communautaire d'accompagnement.

De plus, ce volet implique la nécessité d'avoir un milieu bien organisé pour répondre aux besoins des familles défavorisées et doit être considéré comme une dimension de l'action intersectorielle (Goulet, 1999). D'où l'importance de ce dernier volet qui est décrit ci-dessous.

1.1.4 Volet intersectoriel

Ce volet a pour but de mobiliser la gamme la plus large possible d'acteurs pouvant agir sur la qualité de vie des familles défavorisées, sur tous les déterminants de la santé, selon une approche écologique, soit les familles elles-mêmes (conditions de vie, conditions physiques, ressources personnelles, habitudes de vie, rôles de parent), leur réseau immédiat (densité et qualité), les ressources du milieu (qualité et accessibilité), les services (qualité et accessibilité) ainsi que l'environnement global (politiques sociales et fiscales) (Martin et Boyer, 1995).

Habituellement, le travail intersectoriel se fait via des instances de concertation. Les différents acteurs s'impliquent dans une démarche afin de mettre en place un plan d'action visant l'objectif global d'améliorer la qualité de vie et la santé des familles vivant dans l'extrême pauvreté. Le plan d'action visera plus spécifiquement à consolider et à développer des ressources offrant un soutien matériel et social aux familles, du soutien au développement global de l'enfant par le renforcement de l'interaction parent-enfant, du répit, de l'entraide (Martin et Boyer, 1995).

Le défi dans la réalisation de ce volet du programme NÉ-GS, c'est de pouvoir considérer tous les éléments constituant le programme de façon intégrée et cohérente. Ainsi, selon Désilets (2000), il faudra se demander si :

- le plan d'action répond aux besoins des familles;
- les familles cibles sont rejointes;
- les familles sont associées au processus;
- les divers organismes partenaires participent à la réflexion et à l'action;
- le plan d'action permet d'influencer les valeurs sociales et les décisions des instances ayant une influence sur les facteurs pouvant être à l'origine de la pauvreté.

Le volet intersectoriel inclut également l'action d'influence qui implique des actions politiques et médiatiques visant à influencer les décideurs afin d'adopter ou de modifier des mesures sociales pour mieux répondre aux besoins des familles vivant en situation de pauvreté. L'action médiatique consiste à utiliser les moyens de communication pour modifier des perceptions, des attitudes et des comportements en faveur des familles visées par le programme.

Figure 1 Résumé schématique des trois volets du programme NÉ-GS

Il est à noter que cette information de nature générale sur le programme est tirée du document Naître égaux — Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité (Martin et Boyer, 1995). Ce document est la description initiale du programme et de ses fondements empiriques et théoriques. Par contre, au cours de l'évaluation de l'implantation, le programme est entré dans un processus de révision. Une première mise à jour fut diffusée en 2002, et une deuxième révision fut éditée en 2004 comprenant l'intégration du programme NÉ-GS avec le programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)[1].

1. Le programme de soutien aux jeunes parents est similaire au programme NÉ-GS, mais s'adressant uniquement aux clientes familles ayant donné naissance à leur enfant avant l'âge de 20 ans.

1.2 Comment définit-on la clientèle cible de NÉ-GS?

Le programme NÉ-GS cible de façon spécifique la clientèle vivant en situation d'extrême pauvreté. Selon Boyer et Martin (1995), il y aurait deux degrés d'intensité de pauvreté, soit la précarité et la grande pauvreté. On parlerait de précarité « quand il y a absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Colin et al. 1992; cité dans Boyer et Martin, 1995). La grande pauvreté surviendrait « quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante ». C'est le cumul des problèmes, leur intensité et leur durée qui caractériserait la grande pauvreté.

Selon certains chercheurs, le seuil de la très grande pauvreté serait de 60 % du seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada. Lors des premières expériences d'implantation, il a été constaté que la sous-scolarisation (moins de 5e secondaire) conjuguée au faible revenu était le meilleur indicateur (quoique lui aussi imparfait) de l'extrême pauvreté.

Au niveau des conditions de vie, ces personnes sont décrites ainsi dans le document décrivant le programme :

> « La pauvreté oblige les personnes à vivre dans des logements insalubres exigus, non sécuritaires, mal chauffés, et à comprimer les dépenses liées aux autres nécessités afin de payer le loyer. Les besoins dans l'alimentation, l'habillement, les loisirs et les services et les services de garde deviennent difficiles à combler adéquatement. De plus, la pauvreté prive les personnes des conditions essentielles à leur intégration minimale à la société et à leur participation aux progrès de celle-ci. » (Boyer et Martin, 1996 : 10-11)

En résumé, il n'y a donc pas une seule façon unilatérale de circonscrire l'extrême pauvreté. Au niveau de l'expérience vécue, elle serait caractérisée par le cumul des problèmes, leur intensité et leur chronicité. En ce qui a trait aux critères objectifs permettant de l'estimer rapidement dans le cadre de l'intervention, il semble que la conjugaison du faible revenu et de la sous-scolarisation serait assez fiable. Cet élément et plusieurs autres caractérisant le programme NÉ-GS, seront toutefois également discutés dans la section suivante qui relate, quant à elle, les principaux résultats obtenus par les évaluations des projets pilotes d'implantation réalisés à Montréal et en Abitibi-Témiscamingue.

1.3 Constats des études d'implantation de NÉ-GS dans d'autres régions

Cette section décrit succinctement les constats des quelques évaluations ou bilans d'expériences d'implantation réalisés dans la région de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue (Boyer et Parisien, 1998; Perreault et autres, 2000; Goulet, 1999; Gasse, 2000; Hivon-Lizé, 2000). De plus, l'avis de l'Institut national de santé publique sur le déploiement des programmes de type Naître égaux — Grandir en santé (Boyer et Laverdure, 2000) discutant les impacts de ce type de programme sur la santé et le bien-être des enfants et des familles en situation d'extrême pauvreté ainsi que les enjeux liés à son implantation dans les régions du Québec sera utilisé pour illustrer certains aspects pertinents à la démarche d'évaluation qui fait l'objet de ce rapport.

1.3.1 La clientèle cible du programme et son recrutement

Les diverses études ou bilans dénotent que la clientèle cible du programme est une clientèle difficile à rejoindre, méfiante, et qui vit de multiples problèmes (Hivon-Lizé, 2000; Perreault et autres, 2000). Les critères de sélection préconisés, en particulier la sous-scolarisation, suscitent toutefois des débats dans tous les milieux et l'importance de prendre en compte les critères liés à l'exclusion sociale, qui varient qualitativement d'une région à l'autre, fut soulevée. Un consensus doit d'abord être préalablement établi sur ce qu'est l'extrême pauvreté dans chacun des milieux concernés (Boyer et Laverdure, 2000).

Il demeure néanmoins que, dans les expériences d'implantations examinées, les CLSC hésitent à cibler prioritairement les familles les plus défavorisées pour leur offrir intégralement le programme NÉ-GS. Pourtant, l'intensité et la continuité de NÉ-GS ne prennent leur sens qu'auprès des familles qui vivent un grave cumul de difficultés (Boyer et Laverdure, 2000). Toutefois, les expériences démontrent qu'il est possible et essentiel de cibler et de recruter cette clientèle (Perreault et autres, 2000; Boyer et Parisien, 1998). Des efforts soutenus doivent toutefois être déployés et il est important que les organisations démontrent une volonté explicite de rejoindre « les plus démunis des démunis » (Boyer et Laverdure, 2000).

L'objectif d'atteindre 50 % de la clientèle sous-scolarisée, inscrit dans les Priorités nationales de santé publique (PNSP), n'a toutefois pas été atteint dans l'ensemble du Québec alors que

seulement 11,5 % de cette clientèle aurait été rejointe lorsque le bilan des PNSP fut effectué (Boyer et Laverdure, 2000). Des références adéquates des médecins ou des centres locaux d'emploi seraient des bons moyens d'arriver à recruter la clientèle en situation d'extrême pauvreté. Les collaborations avec les médecins ne se seraient toutefois pas avérées faciles et fructueuses (Perreault et autres, 2000).

1.3.2 Le travail en équipe interdisciplinaire et l'intervention dans NÉ-GS

L'intégration du mode de travail et les effets de celui-ci sur l'équipe d'intervention

Apprendre à interagir en équipe, de façon multidisciplinaire, ne serait pas nécessairement facile; il faudrait le concevoir comme l'aboutissement d'un processus à long terme (Perreault et autres, 2000). Par exemple, le fait que chaque type de professionnel puisse devenir intervenante privilégiée ne va pas de soi, alors que les infirmières occupent le champ de la prévention en périnatalité depuis de nombreuses années. En fait, les intervenants sociaux n'ont pas fait figure d'intervenants privilégiés dans tous les sites d'implantation étudiés, et il semble que la contribution des nutritionnistes soit encore moins développée et souvent précaire (Boyer et Laverdure, 2000). En bref, ce sont bien souvent les infirmières qui assument la réalisation du suivi périnatal individuel auprès des familles.

Il semble aussi qu'il soit nécessaire de planifier soigneusement les formations et les outils d'intervention afin de soutenir le travail des intervenants de l'équipe interdisciplinaire (Perreault et autres, 2000), puisque l'implantation d'un tel programme exige une modification profonde d'attitude et de pratiques (Boyer et Laverdure, 2000).

Les résultats des bilans d'implantation ont toutefois révélé que les intervenants impliqués dans les suivis se sentent moins impuissants face aux problématiques lourdes rencontrées par leur clientèle (Perreault et autres, 2000), cela en raison du soutien de leur équipe interdisciplinaire.

L'empowerment : description de l'intervention et des résultats généralement obtenus

Une étude a aussi été effectuée afin de décrire le processus d'empowerment[2] de familles suivies dans le cadre du programme NÉ-GS (Ouellet et autres, 2000). Les résultats de cette étude permettent de qualifier le type d'intervention posée ainsi que les résultats pouvant être obtenus auprès des familles défavorisées dans le cadre du programme NÉ-GS. Les auteurs décrivent le cheminement des familles à l'étude comme étant une démarche progressive se déroulant à petits pas, et dont les résultats sont relatifs et parfois à peine perceptibles à court terme.

Toujours selon cette étude, les interventions posées avec ces familles se résument à établir une relation de confiance avec elles, à mobiliser les ressources autour d'elles ainsi qu'à reconnaître leurs gains, au fur et à mesure du processus de changement qu'elles entament. Il est aussi crucial que l'intervention se développe autour du projet de vie des parents.

Les auteurs concluent que la productivité ne doit pas être le critère d'évaluation des gestes professionnels posés dans le cadre du programme : il est clair qu'en raison des problématiques sur lesquelles on intervient, les gains doivent être considérés à long terme. L'élément clef des programmes de type NÉ-GS est le temps. Malheureusement, la précarité financière dans laquelle ces programmes sont maintenus menace constamment cet ingrédient essentiel.

Les aspects appréciés par les clientes familles

Les expériences d'implantation ont aussi démontré que les clientes souhaitent et apprécient développer une relation de confiance avec une intervenante privilégiée (Perreault et autres, 2000), ce qui est une modalité prévue au programme afin d'éviter la multiplication des intervenants qui frappent à la porte des familles. Elles soulignent aussi le fait que les suppléments alimentaires sont un élément déterminant pour faire en sorte que les clientes adhèrent au programme (Perreault et autres, 2000).

Une des conditions de succès du programme est d'ailleurs le développement de moyens pour intéresser la clientèle et l'aider à dépasser sa réticence ou sa méfiance (Hivon-Lizé, 2000).

---

2. Dans le contexte du programme NÉ-GS, l'empowerment serait « un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elle et pour ses proches. Ce sentiment peut déboucher sur l'exercice d'un contrôle réel. » (LeBossé, et al., 1993; cité dans Renaud, 2000 : 22) Il est à noter que cette notion d'empowerment s'applique aux individus, mais également aux collectivités.

1.3.3 L'accompagnement communautaire

L'accompagnement communautaire vise, entre autres, à briser l'isolement des familles en leur permettant d'utiliser des ressources utiles à leur santé et bien-être, complémentaires à celles offertes par le CLSC. Un bilan a permis de relever que les organismes communautaires pivots des sites d'implantation avaient réussi à développer et à consolider des activités d'accompagnement en lien avec les CLSC et les comités intersectoriels (Boyer et Parisien, 1998). Toutefois, pour ce faire, il est clair que les organismes ont besoin d'un financement suffisant et récurrent (Boyer et Parisien, 1998).

Une démarche évaluative dénote, de son côté, que la collaboration avec les organismes communautaires fut limitée (Perreault et autres, 2000). En fait, les intervenantes des organismes impliqués ont reçu des références du CLSC et en ont effectué vers celui-ci, mais n'ont pu agir comme des actrices importantes dans la mise en œuvre puisqu'elles n'ont pas été considérées comme ayant ce pouvoir dès le départ (Perreault et autres, 2000). Le volet d'accompagnement communautaire doit impliquer plus qu'une simple référence, mais aussi voir à négocier les modalités de collaboration entre les deux organisations (René et autres, 1998 : cité dans Boyer et Laverdure, 2000).

Associer le milieu communautaire dès les premières phases de l'implantation, et veiller à ce que l'ensemble des intervenants ait la possibilité de développer une vision commune du travail à accomplir avec les familles, seraient des conditions facilitant la collaboration ultérieure avec ces organismes dans le cadre du programme NÉ-GS. Cela aiderait à déjouer les divers obstacles à la mise en œuvre de l'accompagnement communautaire tels que :

> « [...] la crainte des organismes communautaires de devenir le déversoir des CLSC ou celle de dévier de leur mission première; le recours à la confidentialité pour refuser toute collaboration; la précarité financière des organismes; le choc des philosophies d'intervention professionnelles et communautaires, etc. » (Boyer et Laverdure, 2000 : 30)

Les acteurs clés de l'implantation dans l'un des CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue soulignent, quant à eux, qu'il n'est toutefois pas simple d'amener les clientes à utiliser les ressources du milieu en période prénatale, ou encore, dans les premiers mois de la vie des enfants (Gasse, 2000). Selon l'auteur, le fait que les familles traversent des périodes hautes en changements et nécessitant beaucoup d'adaptation serait peut-être un facteur expliquant leur tendance peu manifeste à sortir du noyau familial.

1.3.4 L'action intersectorielle

La réalisation de projets et l'intégration des actions des partenaires

Boyer et Parisien (1998) mentionnent, dans leur rapport d'évaluation participative, que les organismes participant aux instances intersectorielles, mises en place dans la région de Montréal-Centre, ont identifié les besoins et les ressources du milieu puis défini et réalisé des projets pour soutenir les familles. Il en fut de même pour le territoire du CLSC Le partage des eaux en Abitibi-Témiscamingue (Gasse, 2000). D'ailleurs, pour ce dernier territoire, des sommes étaient disponibles pour faciliter la réalisation de projets intersectoriels.

Goulet (1999) soulève, toutefois, la difficulté d'intégrer les actions des divers organismes du milieu et, en conséquence, celle d'établir un plan d'action, un projet commun. La définition de projets communs, au sein d'instances intersectorielles, implique une démarche d'analyse du milieu et de ses besoins et le développement de relations de confiance entre les organismes, ce qui demande du temps. Boyer et Parisien (1998) énoncent des conditions qui facilitent ce processus :

- assurer la présence périodique du chef de programme aux rencontres des instances intersectorielles aux moments clés et celle continue d'un représentant de l'équipe interdisciplinaire;
- les organismes communautaires associés ne sont pas en contexte de survie économique et disposent de perspectives de financement à long terme leur permettant de participer aux rencontres sans pénaliser leurs propres activités;
- une personne exerce un leadership efficace et reconnu;
- le rôle du ou des responsables de la Direction de santé publique sont clarifiés peu à peu par rapport à leur degré d'implication au niveau local, leurs responsabilités administratives et leur souplesse dans l'application du programme.

La participation des familles

Les résultats des bilans relevés indiquent, également, que les représentants de la clientèle ne participent qu'exceptionnellement aux comités intersectoriels, fait soulevé particulièrement dans la région de Montréal-Centre. Selon les auteurs de cette évaluation (Boyer et Parisien, 1998),

« la participation des familles à la définition et à la réalisation des plans d'action demeure un objectif et un défi. »

La stratégie d'influence

Le bilan d'implantation participatif de Montréal-Centre a aussi permis de relever que la stratégie d'influence n'ait été que peu exploitée (Boyer et Parisien, 1998). Concernant l'implantation de NÉ-GS de façon plus globale au Québec, les interventions concertées sur les causes de la pauvreté, plutôt que sur ses conséquences, furent peu nombreuses, et il en fut de même en ce qui a trait aux liens entre les organismes de défense des droits et les ressources dispensant les services. Le Collectif pour la loi sur l'élimination de la pauvreté fut toutefois appuyé (Boyer et Laverdure, 2000). Selon Boyer et Laverdure (2000), étant donné l'envergure du processus d'implantation de NÉ-GS, il n'est pas surprenant que cette stratégie ait été moins investie. Afin, toutefois, d'être conforme à la philosophie du programme NÉ-GS et à son intégrité, il est nécessaire de s'y engager rapidement avec les familles.

Les étapes à franchir et les conditions favorables

Dans un guide de formation et d'animation, sur l'action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté, Désilets (2000) suggère des étapes à franchir pour instaurer adéquatement des instances d'action intersectorielle en conformité avec le programme NÉ-GS :

- effectuer un portrait de la concertation, qui se fait déjà dans le milieu d'implantation ciblé, et choisir la situation de concertation désirée dans ce contexte;
- développer avec les partenaires impliqués une vision commune de ce qu'est l'extrême pauvreté sur le territoire et de la nécessité de mettre en priorité cette clientèle;
- dresser un portrait des services offerts aux familles vivant en situation d'extrême pauvreté sur le territoire d'implantation;
- effectuer une analyse des besoins des familles;
- débattre avec les partenaires des différentes approches d'intervention possibles : éducation populaire visant la prise en charge individuelle et collective, ou encore, dépannage et offre de service à la population;
- s'assurer que l'approche écologique est intégrée à l'action intersectorielle et que les différents réseaux des familles sont considérés.

De même, il semble que les conditions favorables à la réalisation d'actions intersectorielles concertées sont le partage par les partenaires, d'une orientation et de buts communs, l'existence au sein de l'instance, d'un climat d'ouverture et de confiance, une structure de fonctionnement souple et efficace, une implication réelle des partenaires ainsi que la préconisation d'actions concrètes. (Ouellet, Paiement et Tremblay, 1995)

1.3.5 Une condition de réussite essentielle : l'adhésion des différents acteurs

L'une des conditions les plus importantes pour s'assurer de la réussite de l'implantation du programme NÉ-GS est, sans contredit, l'adhésion au programme des différentes personnes concernées par la mise en œuvre. C'est d'abord le constat de Perreault et autres (2000) : c'est parce que le programme répondait aux objectifs fondamentaux des différentes personnes impliquées que la mise en œuvre dans quatre CLSC de Montréal-Centre a pu être réussie.

Il semble aussi que :

> « Seule l'adhésion explicite de la haute direction du CLSC permettra de soutenir quotidiennement, année après année, les intervenantes dans leurs efforts répétés pour rejoindre les familles, adapter leur intervention et optimiser le travail de collaboration à l'interne (interdisciplinaire) ou à l'externe (avec les organismes communautaires ou plus largement en intersectoriel). » (Boyer et Laverdure, 2000 : 32)

L'adhésion explicite des supérieurs peut se manifester par l'investissement des ressources nécessaires ainsi que dans l'aménagement de conditions de travail permettant l'actualisation du programme. De la même manière, afin de garantir le succès de l'intersectoriel, ou encore, de l'accompagnement communautaire, l'adhésion des principaux partenaires est aussi nécessaire.

1.4 L'implantation de Naître égaux — Grandir en santé *dans la MRC de Montmagny*[3]

Comme il a été précédemment mentionné, les priorités nationales de santé publique 1997-2002 soutiennent qu'un programme de type Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) doit être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire québécois et que, dans chacune des régions, la Direction de santé publique est appelée à jouer un rôle actif dans la promotion et l'initiation de ce

3. La rédaction de cette section est inspirée de la présentation du projet au Programme de subventions en santé publique rédigée par Jano Gignac en juin 2001.

programme. Dans la région de la Chaudière-Appalaches, l'implantation fut initiée dans la portion sud de la MRC de Montmagny au printemps 2001.

Plusieurs éléments ont contribué au choix de ce territoire. D'abord, plusieurs intervenants oeuvrant dans le territoire du sud de la MRC de Montmagny ont démontré un intérêt pour le programme. Cette petite équipe cherchait alors des solutions pour rejoindre davantage les clientèles défavorisées de son territoire. De plus, le CLSC de Montmagny était prêt à implanter le programme NÉ-GS sans attendre un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux. La direction de ce CLSC souhaitait effectivement le faire en réorganisant le travail et en ajoutant un minimum de ressources.

De plus, le territoire de Montmagny compte parmi ceux dont la proportion d'enfants, naissant avec un capital de santé déjà hypothéqué, sont les plus élevés. La MRC de Montmagny détient le deuxième plus haut taux de naissances prématurées, sur la période de 5 ans s'étalant de 1996 à 2000, avec un taux moyen de 8,5 % de naissances avant la 37^{e} semaine de gestation. Le taux régional est, quant à lui, de 7,0 %. D'ailleurs, Montmagny détient, également, le plus fort taux moyen de bébés de faible poids, de 1996 à 2000, avec 7,9 % des naissances se situant sous le seuil de 2500 grammes comparativement 5,4 % pour la région.

En ce qui a trait aux caractéristiques des mères ou des familles qui sont des facteurs de risques pour la santé de leurs enfants, cette MRC se situe parmi celles qui ont la plus grande proportion de mères n'ayant pas atteint le niveau de scolarité de 11^{e} année, soit 14,6 % comparativement à 9,3 % pour la région. Montmagny est aussi la MRC détenant la plus forte proportion moyenne de mères ayant moins de 20 ans avec 5,0 % comparativement à 3,1 % pour la région de la Chaudière-Appalaches. Autre élément, Montmagny est la MRC ayant le deuxième taux le plus élevé de familles monoparentales avec 14,3 % comparativement à la moyenne régionale de 13,2 %.

De plus, cette MRC est parmi celles de la région dont les familles sont les plus défavorisées au niveau socioéconomique. En effet, la proportion de la population dans les ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu est de 16 %, en 2001, ce qui est le deuxième taux le plus important de la région après celui de la MRC de Desjardins. La proportion globale, dans la région de la Chaudière-Appalaches, est quant à elle de 12,7 %. Également, le taux d'emploi de la population de 15 ans et plus est l'un des plus faibles de la région avec 54,8 %, tandis que celui de la région est de 61,9 %.

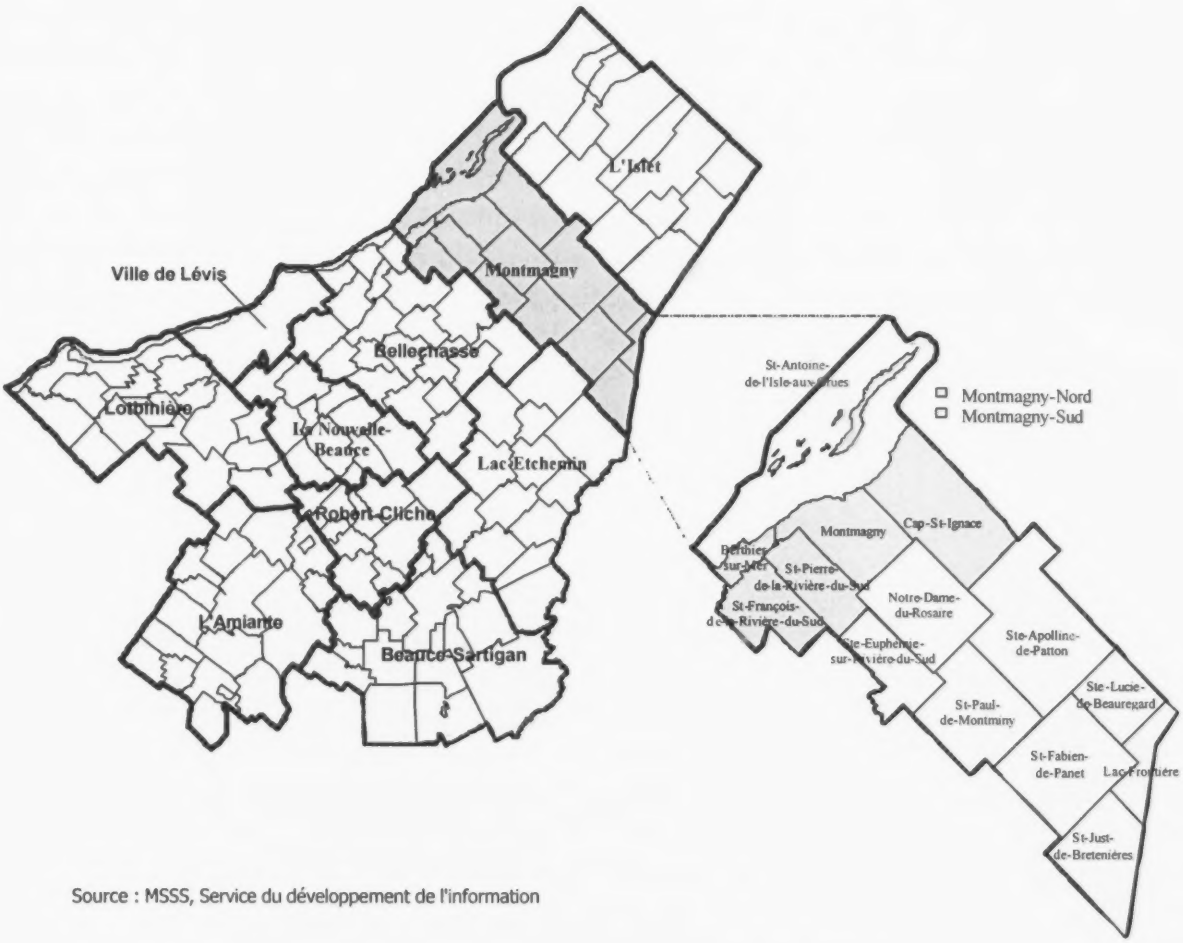
Comme cela vient d'être démontré, la MRC de Montmagny, de façon globale, est une MRC qui apparaît très défavorisée sur plusieurs indicateurs associés à la pauvreté et à la santé des enfants. Ce qui est encore plus préoccupant, toutefois, c'est que la portion sud de cette MRC, moins populeuse et constituée de petits villages, l'est de façon encore plus marquée. La distinction entre la partie nord et sud est d'ailleurs illustrée par quelques indicateurs au tableau suivant.

Tableau 1 Proportion (en %) de la population touchée par différents facteurs de risques associés à la santé des enfants, en fonction du territoire de Montmagny considéré et en Chaudière-Appalaches

	Montmagny-Sud	Montmagny-Nord	Montmagny total	Chaudières-Appalaches
Naissances prématurées	12,4	7,6	8,5	7,0
Naissances de petits poids	12,0	6,9	7,9	5,4
Mère de moins de 20 ans	5,4	4,8	5,0	3,1
Mère moins de 11e année	23,6	12,6	14,6	9,3
Familles monoparentales	12,5	14,6	14,3	13,2

Puisque l'équipe de Montmagny-Sud comportait un noyau d'intervenants en stabilité d'emploi et très intéressés, et que la situation sociale et économique était encore plus défavorisée dans le secteur sud de la MRC, il fut décidé d'implanter le programme d'abord, afin de faciliter le processus d'implantation, dans les huit municipalités de ce secteur, soit Notre-Dame-du-Rosaire, Sainte-Apolline-de-Patton, Sainte-Euphémie, Saint-Paul-de-Montminy, Saint-Fabien-de-Panet, Saint-Just-de-Bretenières, Lac-Frontière et Sainte-Lucie-de-Beauregard. La MRC de Montmagny est représentée à la **Figure 2.**

Figure 2 Illustration de la MRC de Montmagny à l'intérieur de la région de la Chaudière-Appalaches



Source : MSSS, Service du développement de l'information

Figure 2 Illustration de la MRC de Montmagny à l'intérieur de la région de la Chaudière-Appalaches

Source : MSSS, Service du développement de l'information

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Objectifs de l'étude

Objectif général

Démontrer la faisabilité de l'implantation du programme NÉ-GS, dans la MRC de Montmagny, et en tirer profit pour la poursuite de l'implantation au plan régional.

Objectifs spécifiques

A. Démontrer dans quelle mesure les intervenants rejoignent les familles en situation d'extrême pauvreté et poursuivent une démarche continue avec elles.

B. Illustrer dans quelle mesure les trois volets de NÉ-GS ont été réalisés, soit le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle.

C. Identifier les stratégies qui ont été favorables à l'implantation du programme.

2.2 Méthode utilisée pour l'évaluation

2.2.1 L'évaluation d'implantation de type participative

L'évaluation d'implantation s'avère pertinente pour cette étude, puisqu'elle sert à décrire le déroulement du programme et à cerner les facteurs affectant celui-ci. De plus, elle est utile pour faire le point et améliorer l'action en cours. En conséquence, cette démarche d'évaluation permettra de faciliter la mise en œuvre du programme en question dans d'autres milieux (Desrosiers, 1998).

Une approche d'évaluation participative a été retenue, puisque le but de ce type d'évaluation est d'apporter des réponses aux questions et aux préoccupations des personnes concernées par le programme et son évaluation (Johnson et Roy, 2001). Dans ce cas-ci, les personnes concernées sont les responsables de l'implantation du programme à la Direction de santé publique et au CLSC, les intervenants et les partenaires impliqués dans le programme. Ce type d'évaluation invite les représentants des divers groupes concernés à jouer un rôle actif dans l'orientation de

tout le processus d'évaluation. C'est aussi une démarche continue permettant aux participants d'utiliser l'information recueillie en cours d'évaluation et non seulement à la fin du processus (Johnson et Roy, 2001).

2.2.2 Étapes d'évaluation et méthodes correspondantes

Différentes méthodes et sources de données ont été utilisées pour suivre l'implantation du programme NÉ-GS sur la période de deux ans et demi d'évaluation. Les principales étapes sont résumées à la **Figure 3** de la page suivante et suivra ensuite une description plus détaillée.

Premiers contacts avec l'équipe de suivi interdisciplinaire

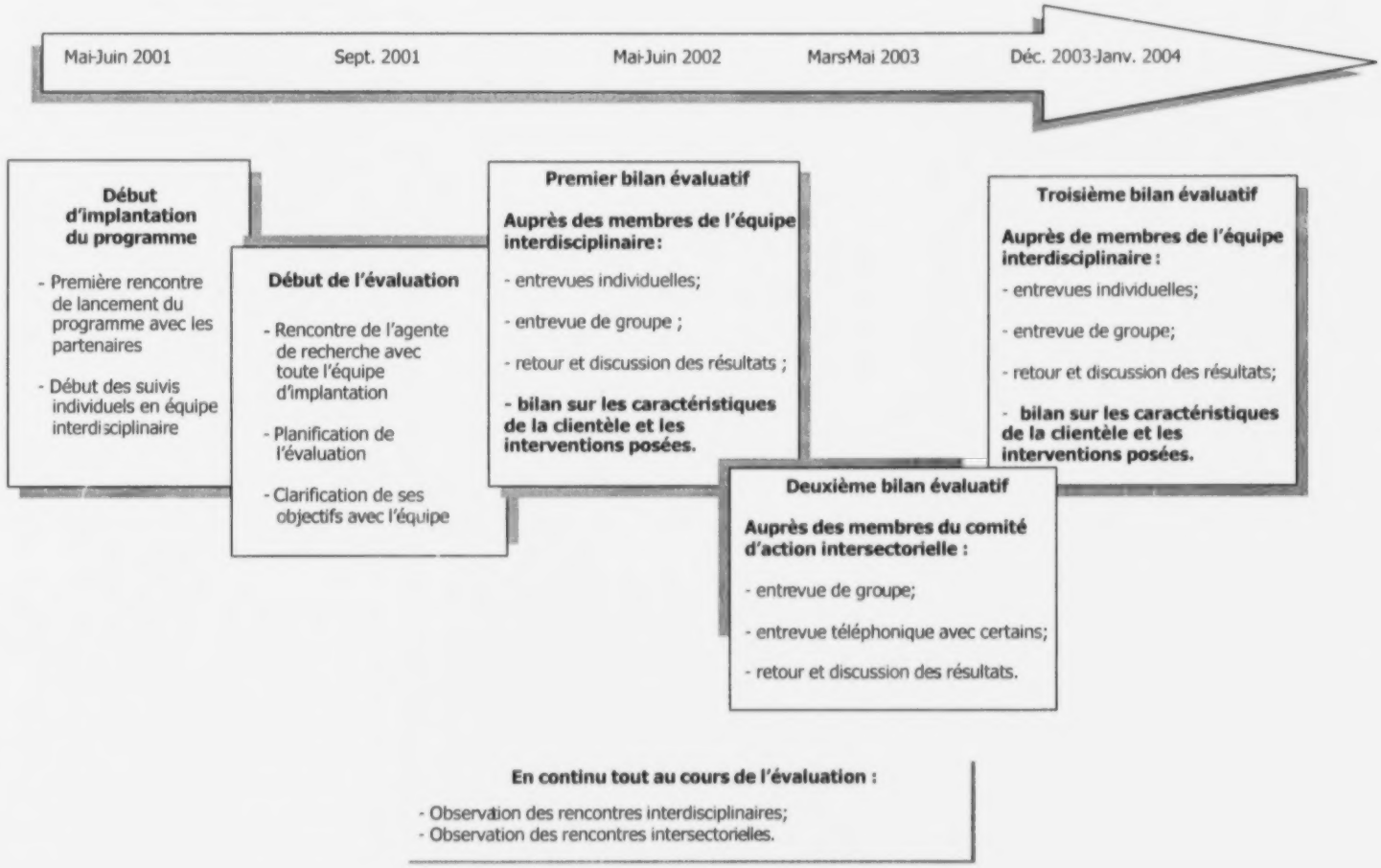
Étant donné ce qui précède, il était important de consulter les principales personnes concernées avant d'amorcer le processus d'évaluation et aussi de s'approcher le plus possible du vécu des individus qui implantaient le programme. Il fut décidé de présenter un projet d'évaluation à l'équipe de suivi interdisciplinaire, d'expliquer l'utilité de l'évaluation et de bonifier le projet selon les idées et besoins de l'équipe, œ qui fut fait au cours de l'automne 2001. Il fut également convenu, avec l'équipe de suivi interdisciplinaire, que les deux personnes responsables de l'évaluation et du déploiement du programme, à la Direction de santé publique, devaient assurer une présence régulière aux rencontres interdisciplinaires et intersectorielles. L'objectif de cette présence était de mieux comprendre et d'être témoins du processus de déploiement du programme et ainsi de mieux adapter l'évaluation au déroulement de l'implantation.

Recueil d'information par l'observation et la consultation de documents

Ainsi, à partir du mois de septembre 2001, l'agente de recherche réalisant l'étude ainsi que la responsable du déploiement du programme, à la Direction de santé publique, participèrent à la majorité des rencontres du comité intersectoriel ainsi qu'à plusieurs rencontres de l'équipe interdisciplinaire de suivi dispersées du début de la période d'évaluation jusqu'à la fin de celle-ci.

À chacune de ces présences, l'agente de recherche prenait en note les éléments de discussion importants ainsi que certaines observations sur le déroulement et la dynamique des rencontres. Lorsque celles-ci étaient observées à la fois par la responsable de la Direction de santé publique et l'agente de recherche, elles discutaient ensemble du déroulement, et leurs constats étaient

Figure 3 Les différents temps de l'évaluation de l'implantation NÉ-GS dans Montmagny-Sud



notés dans un journal de bord contenant toute l'information recueillie sur les divers aspects de l'implantation.

Les documents témoignant des étapes franchies préalablement au début de l'évaluation ainsi que les comptes rendus des rencontres intersectorielles non observées furent également consultés afin de mieux connaître le processus complet de déploiement du programme.

Étapes formelles d'évaluation réalisées auprès de l'équipe de suivi interdisciplinaire

À deux moments au cours de la période d'évaluation, un bilan évaluatif fut réalisé auprès de l'équipe de suivi interdisciplinaire portant ainsi davantage sur ce volet d'implantation, mais incluant tout de même quelques questions sur les autres volets. Voici, de façon plus détaillée, en quoi consistent ces deux bilans évaluatifs.

Entrevues individuelles

Une première étape formelle d'évaluation auprès de l'équipe de suivi interdisciplinaire eut lieu, aux mois de mai et de juin 2002, et une autre au mois de décembre 2003. À ces deux occasions, chacun des membres de l'équipe de suivi interdisciplinaire fut rencontré en **entrevue individuelle semi-dirigée** par l'agente de recherche, afin de clarifier leur façon de travailler et d'obtenir leur perception sur les divers aspects de l'implantation. Ainsi, les éléments suivants furent investigués :

- la réorganisation du travail de chacun des membres de l'équipe;
- l'offre de service;
- la sélection de la clientèle;
- la collecte des données sur les caractéristiques et les besoins de la clientèle;
- la planification de l'intervention d'équipe;
- le rôle de chacun des membres de l'équipe;
- le déroulement des rencontres d'équipe;
- la distribution des suppléments alimentaires;
- les liens avec les organismes communautaires du milieu;
- les liens avec le comité intersectoriel;
- le fonctionnement du comité intersectoriel (pour ceux qui pouvaient en témoigner).

De même, la personne coordonnant l'équipe du CLSC et la responsable du dossier NÉ-GS, à la Direction de la santé publique, furent interviewées afin d'obtenir leurs points de vue également. En plus des dimensions énumérées ci-dessus, pour lesquelles elles étaient chacune en mesure de répondre, ces deux responsables furent questionnées sur l'historique de l'implantation du programme et les éléments de contexte entourant celle-ci.

Toutes les grilles d'entrevues individuelles sont présentées en annexe.

Entrevues de groupe

Une **entrevue de groupe semi-dirigée** fut également réalisée avec les membres de l'équipe interdisciplinaire aux deux bilans évaluatifs réalisés auprès de l'équipe de suivi interdisciplinaire, en juin 2002 et en décembre 2003, afin : 1° d'aller chercher l'information n'ayant pu être recueillie en entrevue individuelle sur divers éléments et 2° de partager la vision de chacun sur certains aspects de l'implantation en vue d'initier un mouvement vers les pistes d'amélioration et leur mise en application. Les entrevues étaient alors semi-dirigées, les thèmes principaux étaient lancés et les réactions des participants recueillis.

Portraits de la clientèle et des interventions effectuées

Un portrait des interventions fut réalisé en trois temps différents : en juin 2002, en juin 2003 et, finalement, en décembre 2003. Pour ce faire, les statistiques SIC-PLUS CLSC furent tirées du système et les interventions effectuées pour chacune des clientes familles NÉ-GS furent compilées en fonction des intervenants qui les ont effectuées. Les interventions enregistrées au dossier du ou des enfants furent aussi considérées.

En outre, un portait de la clientèle recrutée pour le programme fut aussi effectué, en ces trois temps. À cette fin, les intervenantes privilégiées (infirmières) remplirent des fiches d'information pour chacune de leurs clientes concernant les variables suivantes : caractéristiques sociodémographiques, utilisation des services communautaires et de groupe et problématiques physiques et psychosociales vécues.

Bilan effectué avec le comité intersectoriel

En mars 2003, soit un an et demi après la formation du comité intersectoriel NÉ-GS, dans Montmagny-Sud, un bilan du fonctionnement de cette instance fut effectué. L'objectif général de ce bilan était de vérifier si les gens étaient satisfaits du fonctionnement du comité et de ses retombées. Plusieurs aspects furent donc investigués en entrevue de groupe, à l'occasion de l'une des réunions de ce comité. De plus, certains des éléments furent vérifiés par un court questionnaire rempli par chacun des membres du comité intersectoriel. Voici les principaux élément recueillis par ces deux méthodes :

- logistique des rencontres;
- composition du comité;
- niveau d'intérêt des participants;
- avantages et inconvénients des rencontres pour les participants;
- actions résultant du comité et niveau d'atteinte des objectifs;
- l'importance des actions d'influence;
- le caractère adéquat du niveau d'implication des partenaires;
- perception des participants sur la dynamique des rencontres.

2.3 Méthode d'analyse des données

L'information recueillie a d'abord été analysée en fonction de leur concordance avec les diverses caractéristiques définissant le programme NÉ-GS. Comme la majorité de l'information tirée est de type qualitatif, l'analyse en est une de contenu principalement. En fait, pour les données recueillies par entrevues, une méthode s'inspirant de ce que propose L'Écuyer (1987) a été utilisée. Les éléments de l'information ont été classifiés dans diverses catégories, dans le but de faire ressortir les différentes caractéristiques, les principales idées ou les points abordés par les acteurs clés de l'implantation.

Pour effectuer le portrait de la clientèle et des interventions, les données furent saisies avec le logiciel EXCEL et certaines analyses furent effectuées avec EXCEL ou SPSS. Les analyses quantitatives effectuées sont de nature descriptive : les sommations sur le nombre de rencontres de suivi, les distributions de l'information en catégories pour les différentes caractéristiques de la clientèle, ou encore, les moyennes des fréquences d'intervention.

3. L'IMPLANTATION DU PROGRAMME

Dans cette section du rapport, certains résultats du bilan évaluatif seront d'abord présentés sous forme de texte continu, soit les résultats concernant l'historique de l'implantation et les ressources investies, afin de mettre le lecteur en contexte pour les autres aspects des résultats qui seront présentés de façon différente. En fait, les résultats touchant l'actualisation des trois volets du programme NÉ-GS seront présentés en soulignant, tout d'abord succinctement, les éléments prévus au programme ainsi que les données pertinentes de la littérature. Ensuite, le processus d'implantation dans le territoire de Montmagny-Sud sera décrit. Cette comparaison entre le programme comme il est prévu et son actualisation, sera souvent complétée de descriptions de divers éléments du processus d'implantation.

3.1 Étapes initiales de l'implantation

Au cours de l'année 2000, la coordonnatrice de l'équipe Famille/Enfance/Jeunesse du CLSC de Montmagny se montre intéressée au programme NÉ-GS et souhaite examiner la possibilité de l'implanter sur son territoire. En fait, il semble qu'une proportion importante de la clientèle de ce milieu vit des situations difficiles reliées à la pauvreté et qu'on manquait alors de moyens pour répondre à cette clientèle. Il était donc impératif de trouver des façons différentes de travailler auprès d'elle.

Des rencontres d'information et d'échanges sur le programme furent donc tenues impliquant l'équipe Famille/Enfance/Jeunesse du CLSC et la responsable du dossier de la périnatalité à la Direction de santé publique. Diverses réticences et des questionnements furent manifestés, mais les réflexions et démarches se sont toutefois poursuivies pendant quelques mois se soldant par la décision d'implanter d'abord le programme dans la portion sud de la MRC. Ce territoire est touché de façon encore plus marquée par la problématique de la pauvreté, comme cela a été décrit précédemment. Il semble d'ailleurs que l'équipe de Montmagny-Sud disposait de plusieurs éléments favorables à la réussite de l'implantation : la clientèle cible, le nombre et la

diversité des intervenants nécessaires ainsi que l'adhésion de ceux-ci au projet. Le seul écueil demeurait le financement exigé par l'implantation.

À la suite de cette décision d'implanter le programme dans la portion sud de la MRC, qui fut soutenue par la direction du CLSC, une journée d'information et de lancement fut tenue le 30 mai 2001. Des personnes-ressources de l'Abitibi-Témiscamingue, une région ayant implanté NÉ-GS depuis de nombreuses années, furent invitées afin qu'elles puissent faire bénéficier de leur expérience. L'objectif de cette journée était à la fois de répondre aux nombreuses questions de la future équipe d'intervention, mais aussi de rallier et de sensibiliser les partenaires du milieu concernés par l'enfance et la famille, cela afin de pouvoir former ultérieurement le comité d'action intersectorielle. Les partenaires participèrent en grand nombre à cette rencontre. Une liste de ceux intéressés à s'impliquer au programme a d'ailleurs été constituée à cette occasion, et fut utilisée pour convoquer la première rencontre du comité intersectoriel l'automne suivant.

En parallèle aux démarches mentionnées ci-dessus, une subvention du Programme de subventions en santé publique fut obtenue afin de réaliser la présente évaluation. L'un des objectifs de ce projet, pour la Direction de santé publique, était de pouvoir soutenir le processus d'implantation en le suivant de près malgré l'impossibilité de fournir un financement. Un autre objectif était aussi d'examiner la faisabilité d'implanter NÉ-GS dans ce contexte, n'impliquant pas d'apport budgétaire du ministère, et de faire ainsi bénéficier les autres MRC de la région de cette expérience pilote d'implantation.

3.2 Ressources affectées à l'implantation

3.2.1 Équivalent en ressources humaines et budgétaires

L'ajout de personnel dans le programme de périnatalité du CLSC afin d'implanter NÉ-GS équivaut à 5 jours : 2 jours en soins infirmiers, 2 jours en éducation spécialisée et 1 jour d'organisation communautaire. Cet ajout de personnel au programme équivaut à un investissement de 50 000 $. De plus, un investissement de 10 000 $ annuel fut effectué par le CLSC pour des ressources matérielles (outils d'animation, autre matériel pour les ateliers, documentation) et la formation. Toutefois, une certaine proportion de l'argent investi dans le programme a été tiré du réaménagement des ressources à l'intérieur des différents programmes du CLSC. Pour démarrer l'implantation, le CLSC a investi 30 000 $ dans le projet et dégagé

30 000 $ du réaménagement de ses ressources. On estime alors une clientèle potentielle d'environ 20 clientes familles.

3.2.2 Les professionnels assurant les suivis

Cinq types de professionnels font partie de l'équipe de suivi interdisciplinaire. Ce sont ceux qui sont préconisés au programme à l'exception d'un médecin qui n'est pas représenté. Par contre, un éducateur spécialisé a été ajouté à l'équipe.

Il est important de préciser que la majorité des professionnels ne fut pas attitrée exclusivement au programme NÉ-GS, mais oeuvre plutôt pour l'ensemble des services aux 0-5 ans et aussi pour d'autres programmes, par exemple au niveau scolaire. Le temps dont les intervenants disent disposer pour accomplir les interventions liées au programme NÉ-GS n'est donc pas simple à définir spécifiquement, puisqu'il se confond avec le temps utilisé pour leurs autres types d'interventions et fluctue selon la demande.

Le tableau suivant précise de façon approximative les ressources mises à l'oeuvre pour implanter le programme NÉ-GS dans Montmagny-Sud.

Estimation des ressources à l'oeuvre
au CLSC pour l'implantation de NÉ-GS
(suivi d'environ 20 clientes par année)

- Cinq types de professionnels libérés pour services 0-5 ans incluant NÉ-GS :
  - 2 infirmières (au total 4 jours/semaine);
  - 1 intervenant social (1 à 1.5 jours/semaine);
  - 1 nutritionniste (1 jour/semaine);
  - 1 éducatrice spécialisée (1 à 2 jours/semaine);
  - 1 organisateur communautaire (0,5 à 1 jour/semaine).

- Temps de coordination nécessaire :
  - globalement plus de temps à investir pour le programme 0-5 ans;
  - initialement environ 1 jour/semaine pour NÉ-GS;
  - ensuite, selon les besoins.

Cette information est donnée à titre indicatif seulement, puisque des normes sur le ratio intervenants/clientes familles n'ont pas été retrouvées dans la littérature. Aucune conclusion ne

peut donc être tirée en ce qui a trait au caractère adéquat des ressources investies. Seulement l'opinion des intervenants et celles des coordonnateurs seront donc considérées à cette fin.

3.2.3 Le travail de coordination

Deux personnes différentes ont assuré, l'une après l'autre, la coordination de l'équipe d'implantation de NÉ-GS. La première personne a d'abord travaillé à mettre sur pied tant l'équipe de suivi interdisciplinaire que le comité intersectoriel, puis a assuré la coordination pour la première année d'implantation. La seconde personne a pris le relais des fonctions de coordination pour la suite du projet.

Les deux coordonnateurs voyaient leur rôle comme étant celui de mobiliser les intervenants de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires de la communauté autour de ce programme et de veiller à maintenir leur motivation. D'ailleurs, ils ont participé régulièrement aux rencontres interdisciplinaires ainsi qu'aux rencontres du comité intersectoriel qu'ils animaient. Ils devaient aussi s'assurer que les intervenants disposent des ressources et des conditions nécessaires pour réaliser leur travail NÉ-GS et prendre ainsi les décisions qui y sont favorables et qui permettent de respecter le programme.

Le coordonnateur ayant démarré le projet mentionne qu'il est très exigeant d'être impliqué sur tous les volets, mais que cela permet cependant d'aider les intervenants à trouver des solutions, de les mettre plus facilement en lien avec les partenaires et d'accélérer le processus décisionnel et de mise en oeuvre des actions. Néanmoins, ils mentionnent toutefois tous deux devoir laisser un certain leadership aux intervenants pour l'actualisation du suivi interdisciplinaire, puisqu'ils ne peuvent être présents autant qu'ils le souhaiteraient en raison des nombreuses autres responsabilités qu'ils assument. Pourtant, une ou des personnes de l'équipe n'ont toutefois pas été officiellement dégagées pour effectuer du travail de planification et d'organisation. Cependant, cette stratégie a été retrouvée dans les expériences antérieures d'implantation du programme.

3.3 Clientèle cible et recrutement

3.3.1 En bref, ce que les écrits révèlent

La clientèle cible...

- Cumule les problèmes et ceux-ci sont intenses et persistants.
- Se situe sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada et n'a pas complété le 5e secondaire (bons indices d'extrême pauvreté).
- Est difficile à rejoindre, des efforts particuliers de recrutement doivent être effectués.
- Est une clientèle qui a tendance à vivre de la méfiance envers les intervenants du réseau de la santé.
- L'objectif provincial est de rejoindre 50 % ou plus de la clientèle estimée à partir de l'indicateur de la sous-scolarisation. Pour le territoire de Montmagny-Sud, cela correspond à 4 ou 5 naissances par année, pour un total d'environ 13 naissances pour une période de deux ans et demi[4].

De plus,...

- Lors des expériences antérieures d'implantation, les CLSC ont montré de la réticence à sélectionner la clientèle uniquement en fonction du critère d'extrême pauvreté. Les équipes avaient tendance également à recruter des clientes familles apparaissant moins défavorisées.

3.3.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation

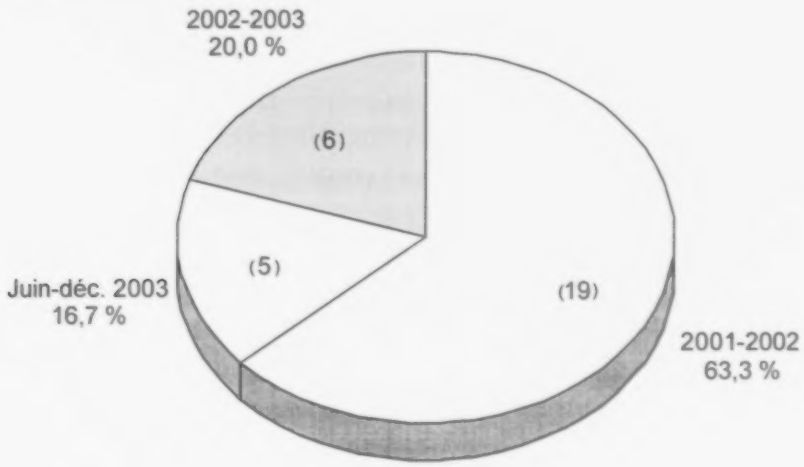
Nombre de clientes suivies au total

Un total de 30 clientes familles ont obtenu un suivi NÉ-GS au cours des deux années et demi d'implantation du programme. Une majorité d'entre elles ont intégré le programme, au cours de la première année 2001-2002, et une proportion moindre l'ont fait au cours des périodes subséquentes tel que l'illustre la **Figure 4** à la page suivante. En plus des 30 clientes suivies, il est à noter que quatre clientes familles ont refusé le suivi la première année et une autre lors de

4. L'estimation du nombre de clientes devant être recrutées a été effectuée de la façon suivante : de 1996 à 2000 (les plus récentes données mises à jour disponibles du fichier des naissances), 45 femmes sous-scolarisées de Montmagny-Sud ont donné naissance, ce qui correspond à 23 % des naissances de ce sous-territoire. En moyenne, 9 enfants naissent donc par année ce qui situe l'objectif de recrutement (50 % de la clientèle cible) à 4 ou 5 clientes familles par année.

la deuxième année de l'évaluation. Les raisons de ces refus n'ont toutefois pas été documentées.

Figure 4 Répartition des clientes familles NÉ-GS selon le moment de leur intégration au programme (n=30)



Sources de références

La principale source de référence au programme apparaît être les femmes elles-mêmes qui se sont présentées au CLSC pour recevoir des services périnataux (voir **Tableau 2**). En fait, pour la période de deux ans et demi sur laquelle a porté l'évaluation, 47 % des clientes recrutées se sont autoréférées. Selon les intervenants de l'équipe, les femmes sont nombreuses à vivre plus d'une grossesse et reviennent ensuite d'elles-mêmes chercher des services. Les données révèlent en effet que 80 % des clientes qui se sont autoréférées ne sont pas primipares. D'autres raisons expliqueraient aussi cette situation différente de ce que la littérature soulève. En effet, il y aurait beaucoup de bouche à oreille dans ce petit milieu. En outre, presque toutes les ressources sociales et de santé sont concentrées au même endroit : le CLSC.

Tableau 2 Nombre de clientes familles référées au programme selon la source de référence

	Nombre de clientes - familles	Proportion totale en %
Autoréférence	14	46,7
Médecin	7	23, 3
Centre local d'emploi	5	16,7
Organismes communautaires	1	3,3
Inconnu	3	10,0
Total	30[1]	100 %

1. Inclut uniquement les clientes ayant effectivement reçu un suivi n=30.

Ensuite, 23 % des références furent effectuées par les médecins, que ce soit de l'hôpital de Montmagny, des cliniques médicales privées ou des services de santé courants du CLSC. En effet, des efforts furent effectués pour formaliser des ententes de recrutement avec les médecins de la région. Plus précisément, les médecins ont été sensibilisés de différentes façons : par de la documentation envoyée au comité de périnatalité, par une rencontre de la personne responsable de la coordination de l'équipe avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CLSC et, également, par des rencontres individuelles des intervenants de l'équipe de suivi avec quelques médecins à l'interne du CLSC. Les contacts avec les médecins se sont poursuivis aussi par l'intermédiaire du comité de périnatalité de Montmagny.

L'équipe du centre local d'emploi (CLE), quant à elle, a été rencontrée au printemps 2001 et, à nouveau ultérieurement, pour expliquer le projet NÉ-GS et développer une collaboration pour la référence de la clientèle cible. Cette rencontre s'est révélée très utile et des femmes enceintes ont été référées. En fait, des agents du CLE de la région ont référé 17 % des clientes familles ayant reçu le programme NÉ-GS, et ce, dans le cadre de la gestion des demandes de prestations spéciales des femmes enceintes bénéficiaires de la sécurité du revenu. Des agents du CLE ont même fait un retour dans leurs demandes déjà traitées pour demander l'autorisation à la référence des femmes ayant des enfants de moins de deux ans.

Selon toute l'équipe de suivi interdisciplinaire, ces ententes avec les médecins et le CLE doivent toutefois être régulièrement renouvelées afin qu'elles demeurent efficaces : il est nécessaire de rappeler aux partenaires la mesure ainsi que son importance.

Procédure de sélection de la clientèle

C'est une infirmière responsable de la sélection de la clientèle qui réalise la première collecte de données afin de déterminer si la famille remplit les critères de sélection NÉ-GS. Cette première évaluation s'effectue généralement par une entrevue au domicile de la cliente famille et dure généralement entre 1 h et 1 h 30.

Les critères de sélection NÉ-GS ont été clarifiés par les membres de l'équipe interdisciplinaire afin qu'ils reflètent bien les caractéristiques de la population du territoire visé. Ils ont ainsi été déterminés lors d'une réunion d'équipe en octobre 2001 : la femme doit être sous le seuil de pauvreté ou d'extrême pauvreté[5] et avoir un niveau de scolarité plus bas que le 5e secondaire. Si seulement l'un de ces deux critères est rencontré, d'autres caractéristiques telles que la chronicité de la situation, l'absence de réseau social et le cumul des problématiques sont pris en considération pour accepter ou non la cliente famille dans le programme NÉ-GS. Lorsqu'un doute subsiste par rapport au fait qu'une cliente famille rencontre ou non les critères, l'infirmière amène la situation à l'équipe de suivi et la décision finale y est prise. Quelques clientes familles ont d'ailleurs été refusées à la suite de cette démarche.

Caractéristiques de la clientèle

L'information de cette section fut recueillie par l'intermédiaire des intervenantes privilégiées qui ont rempli des fiches d'information sur chacune des clientes intégrées au programme.

Caractéristiques sociodémographiques

D'abord, les renseignements tirés des intervenantes privilégiées suggèrent que toutes les clientes familles se situent sous le seuil de faible revenus de Statistique Canada. Les tableaux suivants permettent, quant à eux, de constater qu'une majorité des clientes sont sous-scolarisées (60 %), sans emploi ni aux études (63 %), et ont comme principale source de revenus des prestations d'assistance emploi (80 %).

5. La pauvreté est évaluée à l'aide des critères de revenus de Statistique Canada et la grille d'évaluation des revenus du dispensaire diététique de Montréal qui considère aussi l'endettement de la cliente famille.

Tableau 3 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur niveau de scolarité complétée

	Nombre de clientes	Proportion en %
1re et 2e secondaire	4	13,4
3e et 4e secondaire	14	46,7
5e secondaire	10	33,3
DEP	1	3,3
Données manquantes	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau 4 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur occupation lors de l'inscription

	Nombre de clientes	Proportion en %
À la maison	18	60,0
Au travail temps partiel ou à temps plein	7	23,4
Aux études	3	10,0
Recherche d'emploi	1	3,3
Données manquantes	1	3,3
Total	30	100,0

Tableau 5 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur principale source de revenu familial

	Nombre de clientes	Proportion en %
Sécurité du revenu	19	63,3
Sécurité du revenu et travail	5	16,6
Travail	2	6,6
Assurance-emploi	1	3,3
Emploi saisonnier	1	3,3
Données manquantes	2	6,7
Total	30	100,0

En outre, il apparaît que 73 % des clientes étaient conjointes de fait, ou encore mariées, et avaient entre 21 ans et 30 ans à leur inscription au programme. Les tableaux suivants illustrent avec plus de précisions ces éléments.

Tableau 6 Répartition de clientes NÉ-GS selon leur statut civil à l'inscription

Statut civil	Nombre clientes	Proportion en %
Célibataire	5	16,7
Conjointe de fait	15	50,0
Mariée	7	23,3
Séparée-divorcée	1	3,3
Donnée manquante	2	6,7
Total	30	100,0

Tableau 7 Répartition des clientes NÉ-GS selon leur âge à l'inscription

Tranche d'âge	Nombre des clientes	Proportion en %
18 ans et moins	1	3,3
18 à 20 ans	3	10,0
21 à 25 ans	12	40,0
26 à 30 ans	10	33,3
31 à 35 ans	4	13,3
36 ans et plus	0	0,0
Total	30	100,0

Également, les clientes familles recrutées proviennent en plus grand nombre des municipalités de Sainte-Apolline-de-Patton et de Saint-Fabien-de-Panet. En fait, ces municipalités regroupent plus de la moitié des clientes familles suivies. Ce sont aussi dans ces municipalités que surviennent le plus grand nombre de naissances. La figure suivante illustre la distribution géographique des clientes familles NÉ-GS suivies.

Figure 5 Répartition des clientes familles selon leur municipalité de provenance

Source : MSSS, Service du développement de l'information n= 29

Figure 5 Répartition des clientes familles selon leur municipalité de provenance

Source : MSSS, Service du développement de l'information n= 29

Problématiques psychosociales, de santé ou reliées à un manque de ressources

En ce qui a trait aux problématiques sociales et de santé rencontrées par les femmes et les familles au cours de leur suivi pré et postnatal et dans leur vie, outre les difficultés financières vécues par la totalité des familles, environ la moitié d'entre elles (entre 43 % et 52 % des clientes familles selon le problème) vivent des problèmes de nature physique tels qu'une alimentation déficiente, un problème de poids (un surpoids généralement), ou encore, la consommation de cigarettes. Voir à cet effet le **Tableau 8** de la page suivante.

Tableau 8 Nombre de clientes vivant différentes problématiques sociales ou de santé selon le point de vue de l'intervenante privilégiée (n=30)

Problématiques	Nombre de clientes touchées	Données manquantes	Proportion (%) de clientes touchées
... De nature physique			
Problème de santé physique préexistant	2	1	6,9
Problème de santé de grossesse	6	1	20,7
Alimentation déficiente	15	1	51,7
Problème de poids	14	3	51,9
Consommation de cigarette	12	2	42,9
... De nature psychosociale			
Alcoolisme	1	3	3,7
Toxicomanie	1	3	3,7
Problème de santé mentale transitoire	3	1	10,3
Difficultés importantes de la vie de couple	7	4	26,9
Violence conjugale actuelle ou passée	3	3	11,1
Monoparentalité	4	2	14,3
Problème de santé mentale ou de consommation du conjoint	6	6	25,0
... Reliées à un manque de ressources			
Difficultés financières	30	0	100,0
Logement non sécuritaire ou manque de salubrité	7	2	25,0
Problème de transport	7	2	25,0
Absence du téléphone	7	2	25,0
Réseau social inadéquat	10	2	35,7

D'autres difficultés touchent environ le quart des clientes familles et sont reliées à un manque de ressources (logement inadéquat, absence de moyen de transport ou de téléphone, ou encore, réseau social limité). Des difficultés importantes dans la vie de couple ainsi que des problèmes de santé mentale ou de consommation chez le conjoint sont aussi rencontrés chez environ le quart des clientes familles.

Les données ont aussi été regardées sous l'angle du cumul des problèmes : 50 % des clientes manifestent deux problèmes ou plus de nature physique et 67 % vivaient, selon les intervenantes privilégiées, trois problèmes ou plus de nature sociale ou reliée à un manque de ressources.

Tableau 9 Répartition des clientes selon le nombre de problèmes de nature physique vécus

Nombre de problèmes de nature physique	Nombre de clientes familles	Proportion en %
0 ou 1 problème	13	43,3
2 ou 3 problèmes	12	40,0
4 ou 5 problèmes	3	10,0
Données manquantes	2	6,7
Total	**30**	**100,00**

Tableau 10 Répartition des clientes selon le nombre de problèmes de nature psychosociale vécus

Nombre de problèmes de nature psychosociale	Nombre de clientes familles	Proportion en %
0 à 2 problèmes	8	26,67
De 3 à 5 problèmes	12	40,00
6 problèmes ou plus	8	26,67
Données manquantes	2	6,67
Total	**30**	**100,00**

En outre, un critère de sévérité a été formé et défini comme suit : une cliente famille ayant accumulé un total de 5 problèmes ou plus de toute nature, ou encore, 4 problèmes ou plus de nature psychosociale ou reliée à un manque de ressources fut considérée comme présentant un nombre de problèmes important. Selon cette façon de définir le cumul de problèmes, 7 clientes ne présentaient pas un grand nombre de problèmes, soit 25 % des clientes pour lesquelles l'information était disponible (n=28).

Illustration de la situation de vie de certaines clientes familles

Afin de mieux cerner à quoi ressemble la clientèle desservie par le programme NÉ-GS dans Montmagny-Sud et de vérifier s'il s'agit ou non d'un groupe homogène de clientes correspondant au profil de clientes familles très défavorisées, il a été demandé à chacun des intervenants de l'équipe interdisciplinaire de décrire succinctement la situation des clientes familles qu'ils ont suivies. Il leur a été demandé de décrire la situation de vie de clientes familles qu'ils considèrent comme vivant des problèmes importants, celle d'autres vivant des problèmes modérés, ou encore, celle d'autres rencontrant des difficultés plus légères. Entre une et trois situations furent décrites par chacun des intervenants, pour un total de neuf clientes différentes décrites, soit près du tiers de la population de clientes desservie par le programme.

Tout d'abord, précisons que les intervenants n'ont pas nié la présence de situations qui s'étalent sur un continuum d'intensité des problématiques vécues allant de légères à importantes. Ils ont donc présenté spontanément une description de la situation de vie de quelques-unes unes de leurs clientes représentant les différentes positions sur ce continuum, conformément à ce qui leur avait été demandé. Le tableau suivant résume l'intensité de différentes problématiques vécues pour chacune des clientes décrites par les intervenants.

Tableau 11 Qualification de l'intensité des difficultés vécues dans différentes sphères de vie pour chacune des histoires de cas racontées

Cliente	Catégorie selon l'intervenant	Scolarité (secondaire complétée)	Contexte financier et matériel	Compétences parentales	Santé physique	Santé mentale ou intellectuelle	Stabilité familiale
1	Problèmes importants	3	+++	?	+++	++	+++
2	Problèmes importants	3	+++	+++	?	++	?
3	Problèmes importants	3	+++	+	+	++	+++
4	Problèmes importants	2	+++	+	?	++	+++
5	Problèmes modérés	5	++	?	++	?	?
6	Problèmes modérés	3	++	?	?	?	++
7	Problèmes plus légers	5	++	?	+	+	++
8	Problèmes plus légers	5	++	?	?	?	?
9	Problèmes plus légers	3	+	+++	?	?	?

Légende :

+++ Des problèmes importants sont observés dans cette sphère de vie.
++ Des problèmes d'intensité modérée sont observés dans cette sphère de vie.
+ Des problèmes légers sont observés dans cette sphère de vie.
? Aucune difficulté particulière n'a été mentionnée pour cette sphère de vie.

L'analyse de ces histoires révèle des distinctions importantes entre la situation de vie des diverses clientes familles participant au programme. Il semble que certaines vivent des problèmes financiers et d'encadrement parental importants, présentent de la méfiance et nécessitent un suivi intensif. De leur côté, d'autres clientes familles ont des problèmes financiers moins prononcés, ou encore contextuels, vivent peu de problèmes psychosociaux ou physiques, et semblent avoir besoin d'une intervention moins intense ou prolongée. On peut facilement y voir que certaines clientes familles cumulent les difficultés importantes ou modérées dans différentes sphères de leur vie alors que d'autres en vivent un moins grand nombre de problèmes, ou encore, d'une intensité moins grande.

Finalement, la catégorisation des intervenants se révèle être généralement en concordance avec le portrait ressorti de l'analyse des situations racontées.

Proportion de la clientèle recrutée

Quelle est toutefois la proportion de la clientèle recrutée, en comparaison avec toutes les naissances sur le territoire de Montmagny-Sud? Ensuite, cette proportion correspond-elle à 50 % ou plus de la clientèle en situation d'extrême pauvreté estimée comme préconisée? Voilà deux autres questions devant être répondues, afin de savoir si le programme rejoint bel et bien la clientèle en situation d'extrême pauvreté.

Comme le **Tableau 12** l'indique, l'équipe interdisciplinaire a assuré le suivi de 26 % des naissances totales du territoire. Cette proportion a cependant varié selon la période de l'implantation passant de 33 % pour la première année à 14 % pour la deuxième, et finalement, à 35 % pour la dernière période de 7 mois évaluée.

Tableau 12 Proportion des naissances suivies dans le cadre du programme NÉ-GS 2001-2003 en fonction des naissances totales survenues[6] au cours de cette période

	Nombre total de naissances	Nombre de naissances suivies par l'équipe	%
Juin 2001 à mai 2002	36	12	33,33
Juin 2002 à mai 2003	44	6	13,64
Juin 2003 à décembre 2003	31	11	35,48
Total	**111**	**29**	**26,12**
Naissances de mères sous-scolarisées	***Moyenne années 1996-2000 : 23,20 %***	***19[1]***	***17,12***

Données tirées de la base de données SIC-CLSC, CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny.

1. Toutes les naissances survenues pendant la période couverte par l'évaluation de l'implantation ont été analysées en fonction de l'identité de la mère et du niveau de scolarité de celle-ci. Il s'est avéré que 29 naissances sont survenues et que celles-ci sont associées à 24 mères différentes. Il ressort que seulement 19 des 29 naissances proviennent de mères n'ayant pas complété leur 5e secondaire.

Cependant, calculée comme référence sur une période antérieure, soit de 1996 à 2000, la proportion totale de naissances dont la mère n'a pas atteint la onzième année est de 23 % sur le territoire faisant l'objet de l'implantation. Lorsque les naissances suivies sont analysées en fonction de la scolarité de la mère, il ressort que seulement 19 des 29 naissances suivies sont

6. Il est à noter que le nombre de naissances total ne correspond pas au nombre de clientes familles suivies dans le cadre de NÉ-GS. Pour le calcul effectué, seules les naissances survenues entre le 1er juin 2001 et le 31 décembre 2003 sont considérées. Quelques clientes familles ont obtenu uniquement un suivi postnatal (ex. naissances avant la période d'évaluation), d'autres un suivi uniquement prénatal (ex. naissances après la période d'évaluation). Certaines clientes familles ont également donné naissance à plus d'un enfant.

de mères sous-scolarisées. Ces 19 naissances équivalent à 17 % de toutes les naissances du territoire pour la période évaluée, ce qui est un peu inférieur à l'estimation basée sur les années 1996 à 2000 (23,2 % équivalent à un total d'environ 26 naissances de femmes sous-scolarisées). Cette proportion dépasse l'objectif d'atteindre 50 % de la clientèle cible, c'est-à-dire 13 naissances.

Conformité avec les critères estimés de grande défavorisation

Toutes les clientes familles avaient des revenus se situant sous le seuil de faible de revenus de Statistique Canada selon l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire. Par contre, comme cela a été vu précédemment, un certain nombre de clientes familles ne satisfait pas à l'un ou l'autre des critères de sélection. En fait, dix clientes ont complété leur 5e secondaire et sept ne cumulent pas un grand nombre de problématiques sociales et de santé.

Selon la littérature, le niveau de scolarité (5e secondaire non complétée) en complément avec un faible revenu est habituellement un bon indicateur d'une clientèle très défavorisée. Selon les critères énoncés au programme NÉ-GS et ceux établis initialement par l'équipe interdisciplinaire, les clientes ayant terminé leur 5e secondaire peuvent être recrutées si elles présentent d'autres problématiques importantes.

Les dossiers des femmes ayant complété leur 5e secondaire ont donc été analysés en fonction du cumul de problèmes, comme défini au point précédent. Les résultats indiquent que seulement cinq des dix femmes ayant complété leur 5e secondaire réunissaient un nombre important de problèmes selon notre catégorisation. Ainsi, selon cette estimation, 5 femmes (16,6 %) sur le total de 30 clientes familles suivies ne rencontrent pas les critères de très grande défavorisation comme ils ont été estimés.

Cette situation s'expliquerait par les éléments suivants. D'abord, malgré les critères définis initialement, les intervenants précisent, en fin d'implantation, qu'ils interviennent auprès de la clientèle vulnérable, sans discriminer par rapport à l'intensité de la défavorisation. Ainsi, les clientes qui obtiennent le programme OLO reçoivent souvent aussi NÉ-GS, puisque des critères de sélection similaires sont appliqués dans les deux cas.

L'équipe explique cette décision en précisant que le milieu est en lui-même extrêmement pauvre en ressources. De plus, les services existants sont difficilement accessibles géographiquement à

bon nombre de clientes. Il y a donc très peu de ressources alternatives possibles pour les familles davantage en situation de précarité que d'extrême pauvreté. Ce contexte justifierait, selon eux, d'accepter dans le programme NÉ-GS des clientes familles un peu moins défavorisées. D'ailleurs, il serait sain que les familles très défavorisées se retrouvent avec d'autres qui le sont moins. Cela aurait un effet normalisateur.

Il ressort donc ce qui est interprété ici comme une certaine confusion entre d'une part, la nécessité de cibler les clientes les plus défavorisées pour leur offrir l'intensité et la continuité des interventions NÉ-GS et, d'autre part, le besoin d'offrir également des services périnataux aux clientes davantage en situation de précarité. L'équipe mentionne en outre que, sur le plan administratif, les codes de saisie pour la tenue des statistiques SIC-CLSC ne prévoyaient pas deux niveaux différents de défavorisation : OLO et NÉ-GS seraient une seule et même réalité dans ce système de codification des profils d'intervention. Cette situation n'aiderait pas les intervenants à départager ces deux réalités.

3.3.3 En résumé, les principaux constats

- Un total de 30 clientes familles ont été suivies dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du programme NÉ-GS. Une majorité de ces clientes familles sont sous-scolarisées, sans emploi ni aux études et ont comme principale source de revenus des prestations d'assistance emploi.

- Des efforts ont été faits sur le plan du recrutement pour formaliser des modalités de références avec les médecins ainsi que le CLE et ont porté fruit pour rejoindre la clientèle.

- La proportion de naissances de mères sous-scolarisées rejointe est de 17 %, ce qui dépasse l'objectif visé, c'est-à-dire que 50 % ou plus de ces femmes soient suivies pendant la période de l'évaluation de l'implantation.

- La majorité des clientes familles suivies semblent vivre une situation d'extrême pauvreté. Seule une petite proportion de la clientèle, selon les critères utilisés dans cette évaluation, semble plutôt être en situation de précarité, soit 16,6 % (5 des 30 clientes familles suivies).

Par contre, l'équipe d'intervention soutient qu'elle considère toutes les clientes familles recrutées comme étant très défavorisées en prenant en compte leur milieu très pauvre en ressources qui accentuerait, d'une certaine façon, la situation de défavorisation de chacune des clientes familles.

- Il semble toutefois y avoir une confusion entre la nécessité de cibler les clientes les plus défavorisées, pour leur offrir l'intensité et la continuité des interventions NÉ-GS, et le besoin d'offrir également des services périnataux aux clientes étant moins défavorisées, mais tout de même en situation de précarité (clientes OLO).

3.4 Précocité, intensité et continuité de l'intervention

3.4.1 En bref ce que les écrits révèlent

Les critères définissant l'intervention ont évolué dans le temps : programme de base en 1995, réforme en 2002, intégration ultérieure avec le programme de soutien aux jeunes parents en 2004.

Selon les critères mis à jour en 2002 (ayant guidé l'évaluation), l'intervention devrait être comme suit :

- **précocité** : le suivi prénatal doit commencer à partir de la 12e semaine de la grossesse et impliquer une intervention toutes les deux semaines.
- **continuité** : le suivi postnatal doit se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans.
- **l'intensité** du suivi postnatal doit être :
  - 1er mois : rencontre toutes les semaines;
  - 2e et 3e mois : rencontre aux deux semaines;
  - 3 à 6 mois : rencontre tous les mois;
  - 6 à 24 mois : contact aux 2 mois et rencontres de groupe;

Il n'est pas possible d'offrir la même intensité aux clientes familles en situation de précarité et à celles en extrême pauvreté : cela exigerait trop de ressources.

3.4.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation

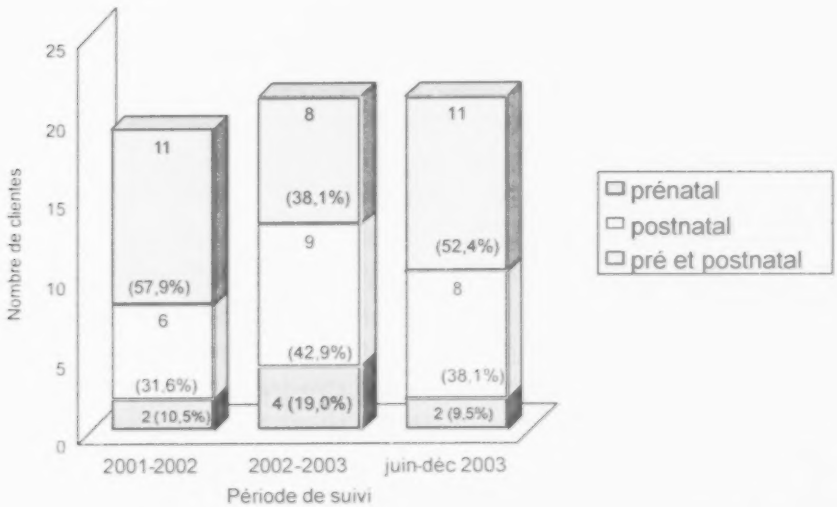
C'est dans l'actuelle section du rapport que tous les renseignements de nature statistique concernant les interventions posées dans le cadre du programme NÉ-GS seront livrés. D'abord les données sur le nombre de clientes ayant été suivies par période d'évaluation et selon le type de suivi reçu seront présentées. Ensuite, de façon successive, l'information sur la précocité, la continuité et l'intensité des interventions sera livrée.

Nombre de clientes suivies par période d'évaluation[7]

Quoique 30 clientes différentes aient été suivies au total, environ 20 clientes furent suivies par période d'évaluation, soit 19 au cours de la première année, 21 l'année suivante et, également, 21 clientes pour la dernière période de sept mois d'évaluation. Certaines femmes ont reçu, au cours de ces périodes, des suivis essentiellement prénataux ou postnataux, ou encore, l'un et l'autre à la fois. Le suivi était pour un seul ou deux enfants différents. La **Figure 6** illustre la répartition des suivis selon la période évaluée.

7. Les statistiques sur les différents types de suivis reçus sont calculées séparément pour les trois périodes d'évaluation d'implantation, soit du 1er juin 2001 au 31 mai 2002, du 1er juin 2002 au 31 mai 2003 et du 1er juin 2003 au 31 décembre 2003. Chaque femme est considérée, selon le stade de son suivi, pour chacune de ces périodes. Par exemple, pendant la période 2001-2002, une cliente est enceinte et admise au programme (en suivi prénatal uniquement). Pour l'année 2002-2003, sa grossesse se complète, elle accouche et continue son suivi (suivi pré et postnatal). Finalement, lors de la dernière période, elle reçoit du suivi postnatal uniquement. L'évolution du profil de suivi d'une cliente famille dépend donc de sa situation particulière, et est aussi en lien avec les dates qui définissent chacune des périodes d'évaluation.

Figure 6 Nombre de clientes suivies pour chaque période évaluée et selon le type de suivi reçu

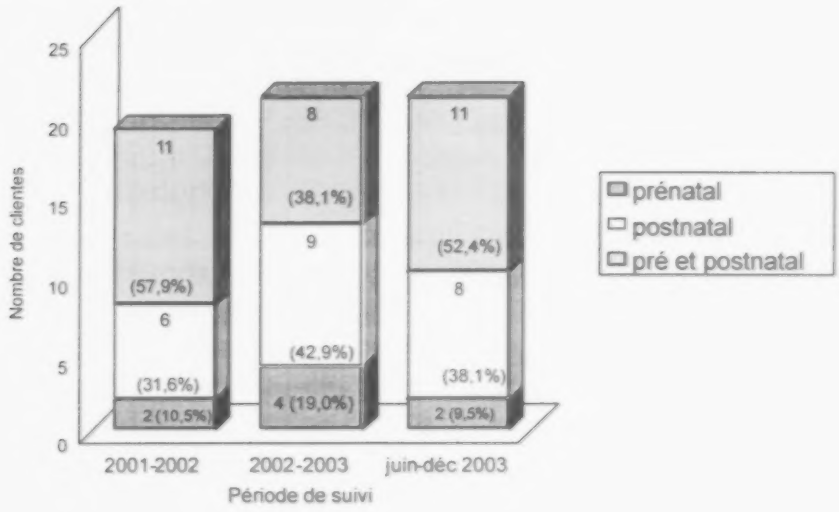


Précocité de l'intervention : début des suivis prénataux

Les résultats démontrent que 90 % des suivis prénataux ont débuté à la vingtième semaine de grossesse ou moins (critère de précocité initial préconisé dans le programme), et 61 % à la douzième semaine de la grossesse ou moins (critère révisé en 2002). Le tableau suivant fournit plus de précisions.

Pour la précocité, il s'avère donc que l'implantation est conforme au programme : l'intervention prénatale débute tôt dans le déroulement de la grossesse.

Figure 6 Nombre de clientes suivies pour chaque période évaluée et selon le type de suivi reçu



Précocité de l'intervention : début des suivis prénataux

Les résultats démontrent que 90 % des suivis prénataux ont débuté à la vingtième semaine de grossesse ou moins (critère de précocité initial préconisé dans le programme), et 61 % à la douzième semaine de la grossesse ou moins (critère révisé en 2002). Le tableau suivant fournit plus de précisions.

Pour la précocité, il s'avère donc que l'implantation est conforme au programme : l'intervention prénatale débute tôt dans le déroulement de la grossesse.

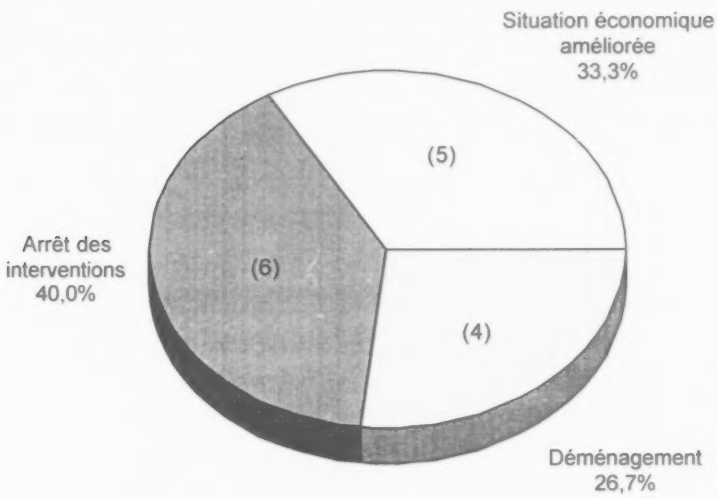
Tableau 13 **Répartition des clientes familles qui ont bénéficié du suivi prénatal entre le 1er juin 2001 et le 31 décembre 2003, selon la période de grossesse correspondant au début du suivi**

	Nombre de clientes familles	Proportion en %
12 semaines ou moins	19	61,3
De 13 à 15 semaines	7	22,7
De 16 à 20 semaines	2	6,4
De 21 à 24 semaines	1	3,2
De 25 à 28 semaines	2	6,4
29 semaines ou plus	0	0,0
Total	31	100,0

Continuité des interventions

Des 30 clientes familles ayant été suivies, 15 ont cessé leur participation avant que leur enfant n'ait atteint l'âge de deux ans. Le graphique suivant illustre la distribution des raisons de cessation du suivi et démontre que la raison la plus fréquente des cessations est l'arrêt volontaire des interventions par la cliente famille. D'autres clientes familles ont vu leur situation économique s'améliorer, et certaines ont tout simplement déménagé.

Figure 7 Répartition des raisons de cessation de suivi (n=15)



Parmi les 6 clientes familles ayant elles-mêmes mis fin à leur suivi, avant que l'enfant n'ait l'âge de deux ans, le moment de l'arrêt varie entre le 5e mois et le 18e mois de la vie de l'enfant, la majorité se situant toutefois à l'intérieur de la première année de la vie de l'enfant comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 14 Distribution des clientes familles NÉ-GS ayant mis fin à leur suivi avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 2 ans, selon le moment de l'arrêt du suivi (n=6)

Âge de l'enfant au moment de l'arrêt	Nombre
Moins de 6 mois	3
6 à 11,9 mois	2
12 à 18 mois	1
Total	6

Commentant quelque peu les raisons de ces arrêts de suivi, les intervenants de l'équipe interdisciplinaire mentionnent que pour certaines clientes familles (4 d'entre elles), il ne s'agissait pas d'un premier enfant et que les mères ressentaient ainsi moins le besoin d'un soutien continu. Pour d'autres, l'intervention s'était tout de même prolongée par quelques contacts téléphoniques, ou encore, par la participation à des activités de groupe ponctuelles.

Ces deux types d'activités ne sont cependant pas enregistrées dans les statistiques d'intervention fournies par le SIC-CLSC utilisées comme source d'information principale pour rédiger ce rapport. Ces dernières clientes familles n'avaient donc pas totalement cessé leur suivi. Toutefois, l'intensité minimale de celui-ci ne permettait pas non plus d'enregistrer des interventions significatives au dossier et, donc, de considérer ces clientes familles comme étant toujours en suivi.

Le suivi d'une proportion appréciable des clientes familles a donc cessé avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de deux ans, ce qui ne concorde pas avec ce qui est prôné dans le programme NÉ-GS.

Intensité des interventions : fréquence des interventions

Comme l'intensité des interventions prônée dans le programme NÉ-GS diffère selon les différents stades du suivi (prénatal, postnatal premier mois, postnatal deuxième et troisième mois, postnatal de trois à six mois et postnatal six mois et plus), l'analyse de l'atteinte de l'intensité requise a été effectuée séparément pour chacun des stades. De même, comme l'évaluation s'est déroulée sur une période de deux ans et demie, trois bilans différents ont été effectués et illustrent les fluctuations de l'atteinte des critères d'intensité selon la période d'évaluation.

Suivi prénatal

La fréquence du suivi prénatal a été de deux rencontres par mois ou plus pour la quasi-totalité des clientes familles pour la première année et la deuxième année d'implantation. Pour la dernière demi-année en 2003, la proportion de clientes familles rencontrant ce critère s'est cependant abaissée. Pour chacune des périodes de l'évaluation, toutefois, les fréquences moyennes du suivi prénatal dépassent deux interventions par mois, s'échelonnant entre 2,16 interventions et 3,1 interventions par mois.

Tableau 15 Répartition des clientes familles selon la fréquence moyenne par mois[8] des rencontres de suivi prénatal

	Nombre de clientes familles pour chacune des périodes		
Fréquence des interventions par mois	Juin 2001 à mai 2002 (n= 12)	Juin 2002 à mai 2003 (n=12)	Juin 2003 à déc. 2003 (n=13)
Moins de 2 interventions	2	2	5
Entre 2 et 2,99 interventions	9	6	5
Trois interventions ou plus	1	4	3
Fréquence moyenne des interventions par mois	2,28	3,10	2,16

Le suivi prénatal atteint donc les critères d'intensité préconisés pour une majorité de clientes, et ce, particulièrement lors des deux premières périodes d'implantation évaluées.

Suivi postnatal

Au cours du premier mois suivant la naissance du bébé, des rencontres devaient être tenues avec les clientes familles plus fréquemment que pour le reste du suivi, soit toutes les semaines, ce qui correspond à une fréquence mensuelle de 4 interventions. La proportion de la clientèle rencontrant ce critère varie grandement selon la période d'implantation considérée, passant des deux tiers pour la première année, à moins de la moitié pour la deuxième et, enfin, à la quasi-totalité pour la dernière période évaluée. Les fréquences moyennes pour ces trois périodes fluctuent entre 3,38 et 5,25 interventions par mois.

8. La fréquence moyenne des interventions prénatales a été calculée comme suit : nombre d'interventions prénatales reçues pendant la période d'évaluation ciblée divisé par le nombre de mois pour lesquels la cliente famille était en suivi prénatal pendant la période d'évaluation considérée. La même démarche a été effectuée pour les autres stades de suivi présentés plus loin.

Tableau 16 Répartition des clientes familles selon le nombre d'interventions au cours du premier mois suivant la naissance

	Nombre de clientes familles pour chacune des périodes		
Nombre d' interventions	Juin 2001 à mai 2002 (n= 12)	Juin 2002 à mais2003 (n=8)	Juin 2003 à déc. 2003 (n=12)
0 ou 1 intervention	1	1	0
2 ou 3 interventions	3	4	1
4 ou 5 interventions	3	2	6
6 interventions ou plus	5	1	5
Fréquence moyenne des interventions	4,9	3,38	5,25

Les critères d'intensité de ce stade de suivi ne sont donc pas atteints par une proportion appréciable de clientes familles lors de la première et de la deuxième période d'évaluation. Cette situation fut toutefois corrigée lors de la troisième.

Pour **les deuxième et troisième mois**, la fréquence prescrite des interventions devait être de deux rencontres par mois. Il s'est avéré que la moitié ou moins des clientes familles ont obtenu cette intensité de service pour cette étape du suivi postnatal, peu importe la période d'évaluation considérée. Les fréquences moyennes environnent toutes 2 interventions par mois variant entre 1,88 et 2,5 interventions par mois. Néanmoins, les fréquences moyennes, se situant près du critère d'intensité recommandé, sont le reflet d'une intensité très variable d'une cliente à l'autre.

Tableau 17 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales au cours du deuxième et troisième mois suivant la naissance

	Nombre de clientes familles pour chacune des périodes		
Fréquence des interventions par mois	Juin 2001 à mai 2002 (n= 12)	Juin 2002 à mai 2003 (n=8)	Juin 2003 à déc. 2003 (n=8)
Moins de 2 interventions	8	4	4
Entre 2 et 3,9 interventions	3	3	3
Entre 4 et 5,9 interventions	1	1	1
6 interventions ou plus	0	0	0
Fréquence moyenne des interventions par mois	2,0	1,88	2,5

L'intensité recommandée pour le deuxième et le troisième mois de suivi n'est donc pas atteinte pour la moitié ou plus des clientes, peu importe la période d'évaluation considérée.

Pour **la période de 3 à 6 mois après la naissance**, près des deux tiers des clientes familles ont obtenu une intervention d'une fréquence égale ou dépassant une intervention par mois comme prescrit par le programme révisé. Pour les deux autres périodes d'évaluation, cette fréquence cible a été atteinte pour presque toutes les clientes familles. L'intensité moyenne pour les trois périodes d'évaluation varie entre 1,48 et 2,15 interventions par mois.

Tableau 18 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales du troisième au sixième mois suivant la naissance

	Nombre de clientes familles pour chacune des périodes		
Fréquence des interventions par mois	Juin 2001 à mai 2002 (n= 11)	Juin 2002 à mai 2003 (n=9)	Juin 2003 à déc. 2003 (n=7)
Moins d'une intervention	4	1	1
Entre 1 et 1,9 interventions	6	4	3
Entre 2 et 3,9 interventions	0	3	2
Entre 4 et 5,9 interventions	0	0	1
6 interventions ou plus	1	1	0
Fréquence moyenne des interventions par mois	1,48	2,15	1,88

Pour ce stade du suivi, l'intensité requise est donc généralement atteinte.

Finalement, pour le dernier stade postnatal s'échelonnant du 6e au 24e mois, la quasi-totalité des clientes familles ont obtenu l'équivalent d'une intervention toutes les deux mois lors de la première année d'implantation. Pour les deux autres périodes d'évaluation, la proportion rencontrant ce critère s'est abaissée à environ les deux tiers des clientes familles. La fréquence moyenne a varié, selon la période évaluée, entre 1,2 et 1,65 interventions par mois.

Tableau 19 Répartition des clientes familles selon la fréquence par mois des interventions postnatales du 6e au 24e mois suivant la naissance

	Nombre de clientes familles pour chacune des périodes		
Fréquence des interventions par mois	Juin 2001 à mai 2002 (n= 8)	Juin 2002 à mai 2003 (n=14)	Juin 2003 à déc. 2003 (n=8)
Moins de 0,5 intervention	1	4	3
Entre 0,5 et 1,9 interventions	6	4	2
Entre 2 et 3,9 interventions	1	5	2
Entre 4 et 5,9 interventions	0	1	1
6 interventions ou plus	0	0	0
Fréquence moyenne des interventions par mois	1,2	1,65	1,57

L'intensité requise a donc été atteinte pour ce stade du suivi par la majorité des clientes familles.

De plus, à cela s'ajoutent d'autres interventions, de groupe celles-là, qui n'ont pas été comptabilisées en parallèle avec les interventions individuelles. Celles-ci auraient pu faire en sorte que la proportion de clientes familles atteignant les critères d'intensité soit encore plus élevée. Une section traitant séparément de la participation aux activités de groupe est présentée un peu plus loin.

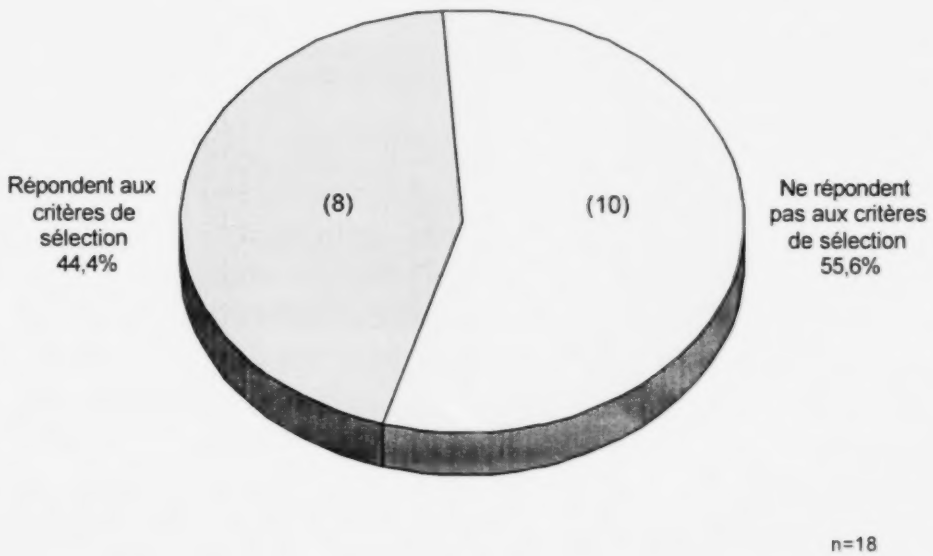
Relation entre l'atteinte des paramètres d'intervention et la conformité avec les critères de sélection

Dans cette sous-section de résultats, l'objectif est de répondre à la question, « Qui sont les clientes familles pour lesquelles les critères d'intervention ne sont pas atteints? » Pour ce faire, ces clientes ont été identifiées et catégorisées selon le fait qu'elles aient ou non complété leur 5e secondaire et présenté un cumul de problématiques, tel que défini à la section précédente, traitant des résultats.

Il s'avère qu'un total de 15 clientes familles différentes (50,0 % de toute la clientèle suivie) n'a pas rejoint les critères d'intensité requis de l'intervention, à l'une ou l'autre des périodes d'évaluation. Si l'on ajoute à celles-ci, les clientes qui n'ont pas atteint les critères de continuité (cessé le suivi avant que l'enfant n'ait l'âge de deux ans en raison d'une amélioration de la situation économique ou sans raison précisée), le total de ces clientes familles est de 18 (60,0 % de toute la clientèle suivie).

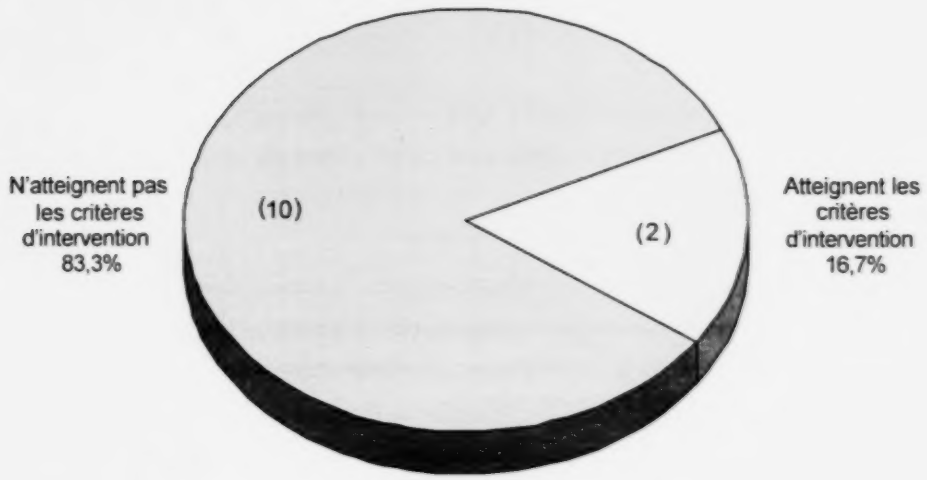
Il ressort que 10 de ces 18 clientes (55 %) ne rencontrent pas certains critères de sélection de la clientèle, soit le cumul estimé de problématiques, ou encore, la non atteinte du 5e secondaire. La **Figure 8** illustre ces résultats.

Figure 8 Répartition des clientes familles n'atteignant pas les critères d'intensité ou de continuité d'intervention selon qu'elles répondent ou non aux critères de sélection (cumul de problèmes et non atteinte du 5e secondaire)



À partir d'un autre angle d'analyse, il s'avère que 83 % des clientes familles (n=12) ne rencontrant pas l'un ou l'autre des critères de sélection n'ont pas reçu l'intensité ou la continuité d'intervention recommandée. La **Figure 9** illustre cet autre point de vue.

Figure 9 Répartition des clientes familles ne répondant pas aux critères de sélection (cumul de problèmes ou non atteinte du 5e secondaire) selon qu'ils atteignent ou non les critères d'intensité ou de continuité d'intervention



Ainsi, il semble y avoir une certaine relation entre le fait de ne pas répondre aux critères de sélection et celui de ne pas atteindre l'intensité ou la continuité prescrites au programme. En fait, la quasi-totalité des clientes familles ne respectant pas aux critères de sélection ne reçoivent pas non plus l'intensité ou la continuité recommandée. Par contre, ce n'est pas seulement ces clientes familles qui ne bénéficient pas de l'intensité recommandée. Il semble que l'équipe interdisciplinaire ne dispense pas, pour une raison ou une autre, l'intensité et la continuité d'intervention prescrite au programme à une certaine proportion de la clientèle apparaissant correspondre aux critères de sélection.

Philosophie d'intervention

Tous les intervenants disent adhérer à la philosophie d'intervention NÉ-GS et trouver celle-ci en accord avec leurs valeurs d'intervention. Toutefois, quelques intervenants disent avoir éprouvé certains problèmes cliniques, des dilemmes, dans l'application de cette philosophie. Par exemple, lorsqu'un problème important est perçu dans la vie d'une cliente, mais que celle-ci ne

le cerne pas et ne voit pas qu'elle doit modifier une situation, comment l'aider à voir plus clair et à passer à l'action? Comment provoquer un changement que l'on croit bénéfique, tout en respectant l'autonomie de la personne?

Autre situation délicate, que faire quand la cliente ne souhaite pas voir les intervenants aussi souvent qu'une fois toutes les deux semaines, critère de fréquence prénatal prôné par le programme afin de fournir l'intensité de services nécessaire à cette clientèle à risque? Faut-il prendre le risque de briser le lien de confiance avec le client et lui imposer la fréquence recommandée ou plutôt suivre sa volonté? Le programme prône à la fois le respect du rythme et de l'autonomie, mais impose des critères de fréquence de rencontres, ce qui est apparu quelque peu paradoxal.

De tels questionnements ont été exprimés par des membres de l'équipe. Des réponses ont été trouvées avec le temps et l'expérience avec cette clientèle. Elles résident souvent dans l'adoption d'une attitude d'ouverture et de respect avec les clientes familles.

À la toute fin de la période d'implantation évaluée, les entrevues effectuées avec les intervenants ont permis de constater différentes caractéristiques des interventions effectuées par l'équipe et qui illustrent leur propre philosophie d'intervention :

- les objectifs des familles sont toujours pris en considération, ceux-ci sont cernés lors de l'évaluation initiale, ou encore, au cours des rencontres de suivi;

- les intervenants aident les gens à se prendre en main, à développer leur autonomie en les accompagnant parfois dans leurs démarches si nécessaire, mais surtout en tentant de les stimuler, de valoriser leur potentiel et de montrer de la confiance en leurs capacités;

- des petits objectifs et des attentes réalistes sont fixés afin de s'adapter à la clientèle et à sa capacité de changement;

- l'intensité et la continuité de l'intervention auprès d'une cliente famille varient en fonction des besoins de celle-ci et ne sont pas imposées pour correspondre aux critères du programme NÉ-GS, le respect de la volonté des clientes familles et de ses besoins est au cœur de la démarche;

- lorsque les clientes familles ne s'investissent pas beaucoup dans la démarche, les intervenants demeurent tout de même dans le dossier, conservent le lien et sont attentifs aux signes démontrant que la motivation augmente. Ils jugent cela important étant donné les caractéristiques de la clientèle et le fait que des enfants sont aussi concernés dans cette situation.

Choix des critères d'intensité

Il est à noter que les critères d'intensité, mis à jour en janvier 2002, ont été choisis pour guider l'évaluation parce qu'ils étaient plus récents et couvraient presque toute la période d'évaluation. Ces critères ont été choisis aussi, puisqu'ils sont définis de façon beaucoup plus précise et opérationnelle que ceux initialement fixés. D'ailleurs, ils reflètent mieux la graduation de l'intensité des interventions voulue en fonction du stade de suivi. Néanmoins, comme ils sont plus exigeants en termes d'intensité, il peut résulter de nos analyses une proportion moins grande de clientes familles ayant rencontré les critères. Il est donc nécessaire de nuancer nos résultats en regard de ce choix.

Également, il est à préciser que l'équipe d'intervention ne s'est pas penchée sur la question de l'intensité d'intervention qu'elle souhaitait dispenser en termes de critères opérationnels pour les différents stades de suivi postnatal. Toutefois, il est apparu nécessaire et clair que l'intervention du premier mois après la naissance serait plus intense que pour le reste du suivi, mais l'intensité requise pour les autres stades n'a pas été définie spécifiquement. Comme l'évaluation impliquait ces critères, il aurait été plus opportun d'effectuer, au préalable, cette clarification.

3.4.3 En résumé, les principaux constats

- L'intervention prénatale commence dans des délais qui sont conformes au programme pour une majorité de clientes recrutées, particulièrement si l'on considère l'exigence initiale qui était de débuter le suivi à 20 semaines ou moins de grossesse.

- 20 % des clientes familles ont arrêté le suivi avant que le bébé n'ait deux ans et sans que cela ne soit expliqué par une raison particulière le justifiant, tandis que 16 % l'ont fait en raison d'une amélioration de leur situation économique.

- L'intensité du suivi, tant à la période prénatale qu'aux périodes postnatales, varie selon les clientes. Toutefois, les critères d'intensité sont rencontrés pour une majorité de clientes aux périodes prénatale, postnatale 3-6 mois ainsi que postnatale 6 mois et plus. Par contre, pour le suivi postnatal plus rapproché de la naissance, soit au cours des trois premiers mois, les critères d'intensité sont rencontrés par des proportions de clientes familles moins grandes et aussi plus variables d'une période de l'évaluation à l'autre.

- Les critères utilisés pour effectuer l'évaluation sont plus exigeants que ceux fixés initialement et l'intensité requise n'avait pas été clarifiée, au préalable, avec l'équipe d'intervention.

- Globalement, 60 % des clientes (n=18) n'ont pas rejoint les critères d'intensité ou de continuité de l'intervention prévus au programme, à une période ou à une autre de l'évaluation. De celles-ci, une majorité ne semble pas rencontrer les critères de sélection, mais une proportion appréciable apparaît être en situation d'extrême pauvreté (n= 8 : 27 %).

- Selon les dires des intervenants, leur philosophie d'intervention semble inspirée de l'approche d'empowerment et le respect du choix du client est prôné quant à l'intensité et à la continuité du suivi.

L'intervention débute précocement pour la majorité des clientes, mais elle n'atteint pas les critères d'intensité et de continuité du programme, mis à jour en 2002, pour une certaine proportion (27 %) des clientes familles suivies semblant être en situation d'extrême pauvreté.

3.5 Fonctionnement de l'équipe de suivi interdisciplinaire

3.5.1 En bref ce que les écrits révèlent

Selon les critères du programme et les données de la littérature...

- Une équipe interdisciplinaire doit être composée de divers types d'intervenants touchant les problématiques vécues par les familles défavorisées afin qu'ils puissent tous bonifier l'intervention par leur approche respective.
  Par exemple :
  - infirmière
  - intervenant social
  - nutritionniste
  - organisateur communautaire
  - médecin
- L'équipe de suivi doit se rencontrer régulièrement afin d'effectuer des discussions de cas, de bien cerner les besoins des clientes familles et d'établir des plans d'intervention pour chacune d'elles.
- Le suivi doit être principalement actualisé par une intervenante privilégiée afin qu'elle puisse établir un lien de confiance plus solide avec la clientèle.

3.5.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation

Composition de l'équipe et rôles de chacun des membres

L'équipe est composée d'une diversité de professionnels, tel que proposé dans le programme, plus précisément de deux infirmières, d'un nutritionniste, d'un intervenant social, d'une éducatrice spécialisée, d'un travailleur communautaire et d'un coordonnateur. Aucun médecin ne fait partie de cette équipe, mais ses membres la considèrent adéquate ainsi.

À l'exception du travailleur communautaire et du coordonnateur, ils devaient tous intervenir directement, quoique selon une intensité variable, avec les clientes familles. Les rôles de chacun des membres de l'équipe n'ont toutefois pas été immédiatement clairs et mis en pratique. Des efforts de clarification ont du être effectués en équipe et le processus d'éclaircissement a pris un

certain temps. Le rôle le plus ambigu semblait être celui de l'éducatrice spécialisée : les autres intervenants ne percevaient pas toujours son utilité aux moments opportuns et ne savaient pas concrètement comment favoriser son intégration dans les suivis. Aussi, la distinction entre son rôle et celui de l'intervenant social n'était pas suffisamment claire. Néanmoins, tous ces éléments se sont mis en place en cours d'implantation. Elle occupe maintenant une place importante, en collaboration avec l'orthophoniste, dans certains dossiers spécifiques pour la stimulation psychomotrice et du langage des enfants.

Finalement, le rôle du travailleur communautaire et la nécessité de sa présence aux rencontres ont également été source de questionnements. À la fin de la période d'évaluation, celui-ci était présent à toutes les rencontres, ce qui convient aux membres de l'équipe. Son rôle apparaît maintenant être celui de rechercher des solutions concrètes à des problèmes matériels ou de services que peuvent vivre les familles. Il était également l'agent de liaison principal avec les partenaires intersectoriels du milieu.

Rencontres d'équipe, collecte de données et élaboration de plans d'intervention

Les rencontres d'équipe ont lieu toutes les deux semaines et sont d'une durée d'une heure trente. Tous les membres de l'équipe y assistent généralement, exception faite du nutritionniste qui s'est absenté à plusieurs reprises pour différentes raisons. En ce qui a trait à leur utilité, certains participants soulignent que les échanges qui ont lieu entre les membres de l'équipe permettent la recherche de solutions afin de mieux aider les familles. D'ailleurs, tous les participants jugent utile la tenue de ces rencontres, particulièrement parce qu'elles permettent d'arrimer les interventions des différents intervenants et d'avoir accès à l'expertise et à l'opinion des autres. Quelques participants affirment, de plus, que les rencontres servent à ventiler les émotions que leur font vivre les différentes situations d'intervention. Les intervenants ayant abordé des expériences difficiles vécues ont tous mentionné que le fait d'en parler avec leurs collègues les avait vraiment aidés et soutenus dans leurs interventions.

Les principaux outils de collecte de données utilisés sont ceux étant déjà en place pour le programme OLO, mais en version améliorée, et ce sont des outils spécifiques à chacun des intervenants. Les différents renseignements recueillis par les intervenants ne sont donc pas joints dans un seul outil de collecte. Chacun des intervenants conserve ses données brutes et inscrit l'essentiel de l'information au dossier commun de chacune des clientes. Cette façon de faire convient aux intervenants.

Cependant, les intervenants considèrent, de façon unanime, que les rencontres d'équipe seraient plus utiles si elles permettaient d'élaborer des plans d'intervention en équipe pour chacune des clientes familles. Jusqu'à présent, l'évaluation des besoins des clientes et l'élaboration de plans d'intervention n'ont pas été réalisés en équipe. Afin de remédier à cette situation, les membres de l'équipe ont proposé différentes stratégies visant toutes à dégager du temps pour réaliser les plans d'interventions : traiter seulement certaines situations plus prioritaires à la fois, se centrer uniquement sur l'aspect clinique du suivi pour une réunion sur deux, se fixer l'objectif de réaliser un plan d'intervention par rencontre, allonger la durée des réunions, etc. En résumé, les rencontres doivent donc être plus longues, ou encore, plus centrées sur la réalisation de plans d'intervention et le suivi clinique[9].

Finalement, les données d'observation ont permis de constater que la dynamique des réunions s'est améliorée au cours de l'implantation : au début les échanges étaient centrés sur des compte rendus de l'état de chacun des dossiers. Vers la fin de la période d'évaluation, il s'agissait de discussions afin de trouver les façons adéquates d'intervenir avec les clientes familles et la participation aux échanges s'était ouverte à tous les intervenants de l'équipe.

Actualisation du suivi individuel

Suivi prénatal : implication de trois intervenants

Le suivi prénatal débute aussitôt que la cliente est référée et évaluée par l'infirmière responsable de l'évaluation. Deux semaines après l'évaluation, d'autres intervenants (infirmière[10], l'intervenant social et le diététiste) rencontrent eux-aussi la femme à tour de rôle aux deux semaines tout au long du suivi prénatal. Les raisons justifiant cette façon de procéder consistent à rendre moins exigeant le suivi prénatal pour les infirmières et aussi à faciliter l'introduction de l'intervenant social lorsque c'est nécessaire dans les suivis. Au besoin, l'éducatrice spécialisée peut également être intégrée à cette étape. Quoique les trois types d'intervenants soient impliqués dans le suivi prénatal, ce sont les infirmières qui sont généralement considérées comme les intervenantes privilégiées. En raison de leurs connaissances approfondies sur la grossesse, celles-ci seraient bien préparées à assumer ce rôle. Ainsi, c'est à elle que les clientes familles se réfèrent habituellement pour les besoins

9. Précisons que les réunions sont aussi utilisées pour transmettre quelques renseignements sur les autres volets du programme.
10. Deux infirmières font partie de l'équipe. L'une d'entre elles réalise toutes les évaluations et assume la moitié des suivis. La deuxième infirmière se charge de l'autre moitié des suivis, et doit donc rencontrer les clientes familles qui lui sont attribuées deux semaines après l'évaluation réalisée par sa collègue.

survenant en dehors du cadre des rencontres bimensuelles. Par contre, lorsque la situation d'une cliente famille exige un type d'expertise différent, c'est à une autre intervenante que revient le rôle d'intervenante privilégiée.

Suivi postnatal : implication de l'intervenante privilégiée

Après la naissance de l'enfant, l'infirmière assure habituellement à elle seule le suivi. L'équipe a décidé que l'intervenant social devait rencontrer la cliente une seule fois en postnatal, généralement un mois après la naissance, mais cette implication minimale n'a toutefois pas été maintenue tout au long de l'expérience d'implantation en raison d'un manque de disponibilité de sa part.

De plus, si la cliente nécessite des soins autres que ceux de l'infirmière, il lui sera proposé de voir un autre membre de l'équipe. Si ce n'est pas le cas, seule l'infirmière continuera l'intervention auprès d'elle. Il est à noter que certaines rencontres de suivi (prénatales ou postnatales) peuvent être réalisées conjointement par deux types d'intervenants, cela afin d'évaluer et de soutenir les clientes familles, plus adéquatement, dans quelques situations.

Selon certains membres de l'équipe, l'importance de l'implication du travailleur social dans le suivi postnatal gagnerait à être clarifiée. Ainsi, lorsque des difficultés d'ordre social sont soulevées par les mères, comment arriver à intégrer le travailleur social dans le suivi? Devrait-il voir systématiquement les femmes un mois après la naissance de l'enfant, ou encore, plus régulièrement? Voilà des réflexions qui ont été soulevées et qui sont demeurées en suspens.

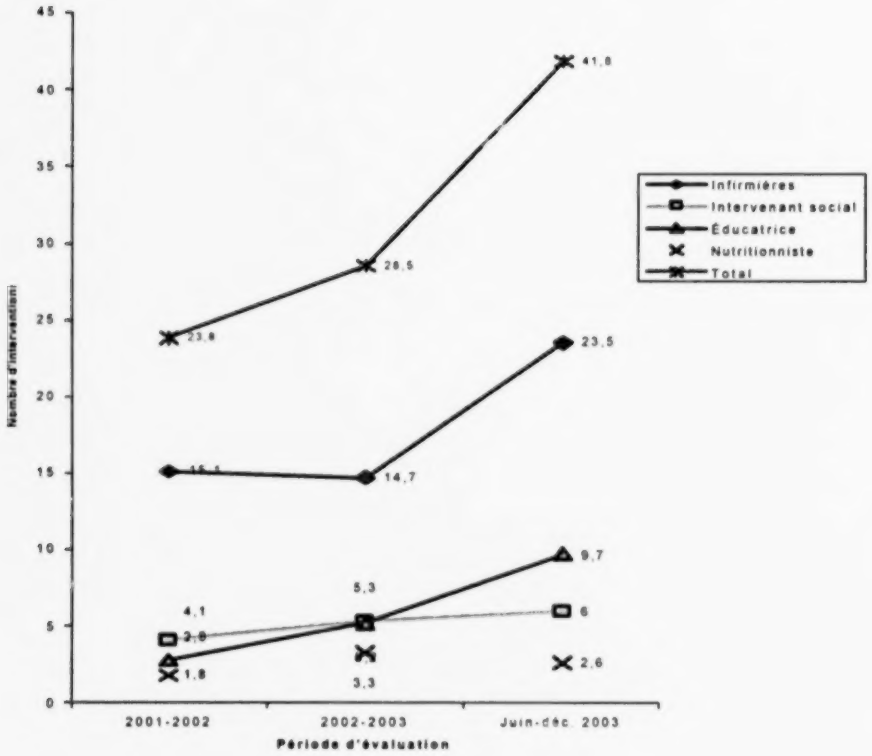
Distribution des interventions réalisées selon les intervenants de l'équipe

Le texte et les tableaux suivants présentent l'implication des différents membres de l'équipe pour chacune des périodes d'implantation selon deux variables qui permettent de situer leur contribution respective dans l'équipe, soit la fréquence moyenne des interventions par mois ainsi que la proportion des interventions de l'intervenant, en comparaison avec le nombre total d'interventions de l'équipe pour chaque période d'implantation.

La fréquence des interventions par mois de l'équipe interdisciplinaire, tous types d'intervenants confondus, a augmenté constamment entre chacune des trois périodes de l'évaluation passant de 24 interventions par mois en 2001-2002, à 29 interventions par mois en 2002-2003, pour

faire un bond jusqu'à 42 interventions par mois pour la dernière période de sept mois évaluée en 2003. Le graphique suivant présente l'évolution de cette fréquence.

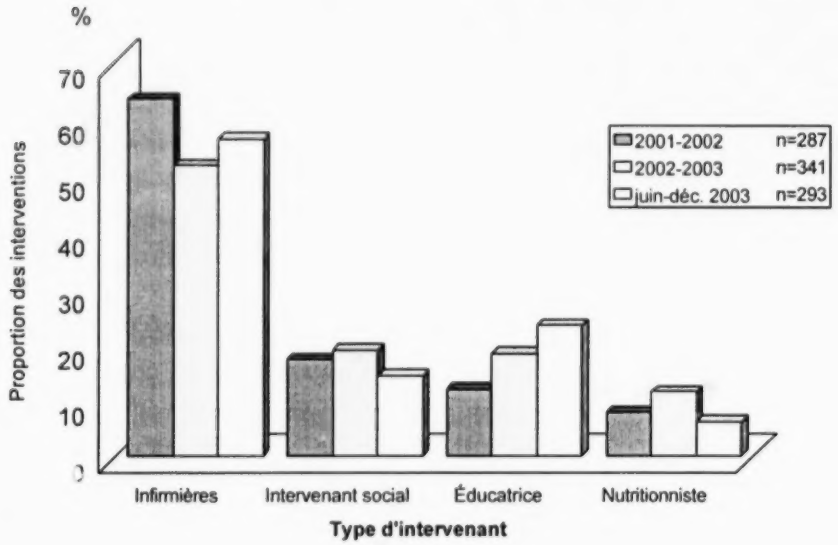
Figure 10 Évolution du nombre moyen d'interventions par mois auprès des clientes familles selon chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire et globalement



La légère augmentation de la première à la deuxième année de l'évaluation semble causée principalement par des fréquences d'interventions presque doublées de l'éducatrice ainsi que du nutritionniste. La forte augmentation de la deuxième à la troisième période d'évaluation semble être attribuable à une hausse de la fréquence des interventions des infirmières de 15 à 24 par mois, mais aussi par une autre hausse de la fréquence des interventions de l'éducatrice passant de 5 à près de 10 interventions par mois.

Ensuite, la contribution respective des représentants des différents corps professionnels dans cette expérience d'implantation NÉ-GS a été dégagée. Il apparaît d'abord que les deux infirmières ont assuré au moins 50 % des interventions au cours des trois périodes d'évaluation, passant de 63 % des interventions la première année, pour s'abaisser à 50 % la deuxième, puis augmenter légèrement la troisième année à 55 % de toutes celles effectuées. Cette variation de la contribution des membres de l'équipe interdisciplinaire est illustrée à la **Figure 11.**

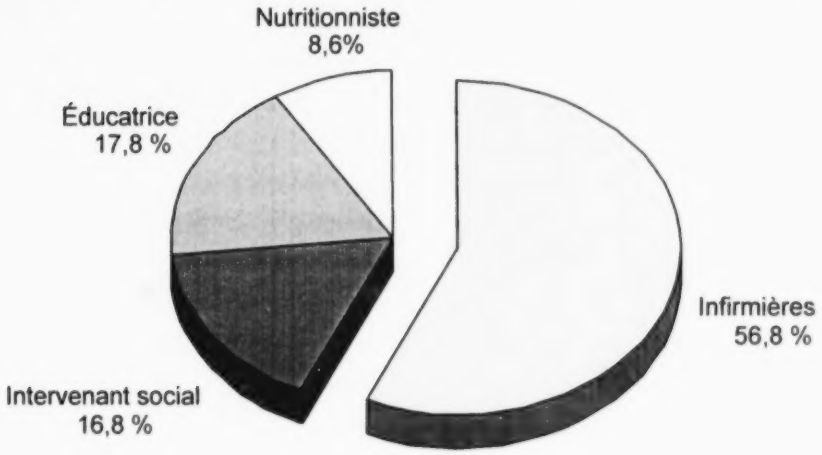
Figure 11 Variation de l'implication relative de chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire au cours des trois périodes de l'évaluation



L'implication de l'éducatrice spécialisée a été, quant à elle, croissante au fil de trois périodes d'évaluation, passant de 12 % des interventions la première année à 23 % pour la dernière période d'évaluée. Toujours dans le domaine psychosocial, la contribution de l'intervenant social est restée relativement stable autour de 17 %-18 % des interventions pour les deux premières années, mais s'abaissant à 14 % pour la dernière période de l'implantation. L'implication des intervenants assurant les services de nutrition a atteint sa proportion maximale, pour l'année 2002-2003, représentant alors 11 % de toutes les interventions, alors que pour les deux autres périodes évaluées, elle se chiffrait à 6 % ou 7 %.

La proportion globale de contribution de chaque type d'intervenant pour toute la période d'évaluation est, quant à elle, illustrée à la **Figure 12**. Il est à souligner qu'à elles seules, les infirmières sont responsables de plus de la moitié de toutes les interventions effectuées.

Figure 12 Proportion globale des interventions assurées par chaque type de membre de l'équipe interdisciplinaire au cours de la période d'évaluation



n=921

Difficultés rencontrées

Malgré l'implication croissante de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe interdisciplinaire, et l'évidente reconnaissance de son utilité dans l'équipe, son assignation devait être diminuée à la fin de la période d'évaluation passant de deux jours par semaine à un seul. La raison invoquée pour effectuer cette coupure est le manque de ressources financières : il semble qu'il n'était plus possible d'assumer cet investissement sans pénaliser outre mesure d'autres programmes ou aspects des responsabilités du CLSC.

De plus, en raison des absences fréquentes aux rencontres d'équipe du nutritionniste, il fut mis en évidence que son implication dans l'équipe devrait être revue. D'ailleurs, c'est le seul intervenant dont la fréquence des interventions par mois n'a pas augmenté en cours

d'implantation. Son implication globale dans l'équipe se chiffre du reste à près de 9 % de toutes les interventions, ce qui représente la plus petite part dans l'équipe.

Suppléments alimentaires

De façon parallèle aux rencontres de suivi, la distribution des suppléments alimentaires débute à 15 semaines de grossesse. Les intervenants qui effectuent le suivi distribuent à la femme les coupons lui permettant de se procurer gratuitement du jus d'orange, des œufs et du lait chez l'épicier. Il semble que les clientes familles soient très attirées par la possibilité de se procurer ces aliments gratuitement. Des multivitamines de type Materna leur sont également offertes lors de la rencontre d'évaluation, ou encore, lorsque la remise des coupons débute. De plus, si la femme allaite son bébé, les suppléments alimentaires lui sont offerts jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an. Si elle n'allaite pas, les coupons lui sont donnés jusqu'à ce que l'enfant ait un mois.

Collaboration avec le corps médical

Au besoin, les infirmières ou le nutritionniste contacte le médecin de leur cliente afin d'assurer un meilleur suivi sur des aspects spécifiques. De même, les médecins contactent parfois les intervenants de l'équipe de suivi NÉ-GS. Cette façon de faire s'est révélée assez satisfaisante pour les deux parties.

Toutefois, afin de soutenir plus étroitement les clientes familles dans leurs soins médicaux, un projet de carnet de grossesse est en élaboration. Il s'agit d'un livret dans lequel seraient inscrits les principaux points d'information du suivi prénatal NÉ-GS. La femme pourra l'apporter chez son médecin et celui-ci pourra alors y constater les divers éléments du suivi NÉ-GS et ajouter également certains renseignements concernant le suivi médical.

Apport de NÉ-GS au sein de l'équipe interdisciplinaire

Plusieurs informateurs ont d'abord souligné que le programme a contribué à améliorer l'intervention qui se faisait au sein de l'équipe du CLSC : il semble que le programme ait permis d'améliorer l'intensité et la qualité des interventions. De plus, la quasi-totalité des informateurs ont souligné le fait que l'implantation du programme leur avait permis d'apprendre à travailler en équipe, de développer une collaboration beaucoup plus grande entre eux et, ainsi, se sentir

moins seuls et mieux soutenus par leurs collègues et la direction face à des situations d'intervention parfois très complexes.

Deux intervenants ont, quant à eux, déclaré qu'ils étaient maintenant beaucoup plus impliqués auprès de la clientèle périnatale. D'ailleurs, auparavant, l'éducatrice spécialisée, le travailleur communautaire et l'intervenant social n'étaient que très peu ou voire pas du tout impliqués auprès de cette clientèle. La formation d'une équipe interdisciplinaire effectuant un suivi auprès des clientes familles défavorisées, pendant la période périnatale, est donc en soi un apport du programme.

Il semble aussi que tout ce processus mis en marche ait permis de mieux conscientiser les intervenants à la réalité des familles vivant en situation de pauvreté, et de leur donner, également, plus de pouvoir pour revendiquer certaines conditions ou des façons de travailler plus efficacement.

3.5.3 En résumé, les principaux constats

- L'équipe interdisciplinaire est constituée d'une diversité d'intervenants. Toutefois, les médecins ne sont pas représentés dans l'équipe.

- L'équipe se rencontre systématiquement aux deux semaines pour discuter des dossiers et ces rencontres sont jugées utiles pour les discussions de cas et le soutien mutuel qu'elles permettent; il semble d'ailleurs que la dynamique des rencontres et leur utilité aient augmentées au fil de l'implantation.

- Les plans d'interventions (PI) ne sont pourtant pas réalisés en équipe et les membres de l'équipe ont réfléchi à la situation et jugent que cela devrait être corrigé;

- L'intervention prénatale n'est pas réalisée par une seule intervenante privilégiée, mais plutôt par trois intervenants de professions différentes rencontrant les clientes familles en alternance. Par contre, en postnatal, seule l'intervenante privilégiée, généralement l'infirmière, poursuit le suivi.

- Les infirmières assurent plus de la moitié de toutes les interventions de l'équipe.

- En raison d'une meilleure compréhension de son rôle, l'implication de l'éducatrice spécialisée a augmenté de façon notable depuis le début de l'implantation. Sa participation sera cependant ultérieurement diminuée en raison de contraintes budgétaires.

- L'implantation du programme NÉ-GS a permis d'améliorer la qualité et l'intensité de l'intervention auprès des clientes familles ainsi que la compréhension qu'ont les intervenants de la réalité des familles défavorisées.

3.6 L'accompagnement communautaire

3.6.1 En bref ce que les écrits révèlent

- L'objectif de ce volet est d'amener les familles à utiliser les services présents dans leur communauté et aussi à sortir de leur isolement.
- Certains organismes doivent être désignés pour jouer un rôle particulier et essentiel dans le soutien aux familles suivies.
- Associer le milieu communautaire, dès les premières phases de l'implantation, est une condition facilitant l'actualisation de ce volet.
- Veiller au développement d'une vision commune du travail à effectuer auprès des familles pour l'ensemble des intervenants est aussi facilitant pour ce volet.
- Pour jouer leurs rôles, les organismes ont besoin d'un financement suffisant et récurrent.

3.6.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation

Types de ressources offertes aux clientes familles

Disponibilité des ressources

Les activités ou ressources offertes aux familles défavorisées, depuis le début de l'implantation du programme NÉ-GS, sont principalement les cours prénataux, le répit-parents, les rencontres de stimulation précoce, les ateliers de cuisine de purées de bébé, le comptoir vestimentaire et alimentaire et la possibilité de se procurer des meubles récupérés à peu de frais[11].

Parmi ces ressources, certaines sont offertes avec constance et sont assurées par le CLSC : les cours prénataux, les rencontres de stimulation précoce ainsi que les ateliers de purées de bébé. D'autres services sont aussi dispensés par l'organisme communautaire désigné pour le programme, le centre local d'entraide familial (CLEF). Le service de répit-parents en fait partie, mais est toutefois offert avec moins de régularité : le service n'est pas toujours disponible, est donné en un ou deux points de services, cela en fonction des ressources humaines et financières dont l'organisme dispose. Cette ressource propose aussi des comptoirs alimentaires, de vêtements et de meubles de façon assez continue. Toutefois, la quantité et la qualité offertes sont limitées en raison de divers problèmes techniques rencontrés. En outre, à la toute fin de la période d'évaluation, un groupe de soutien à l'allaitement s'était formé, composé de mères intéressées à accompagner d'autres femmes dans cette expérience.

Ainsi, certaines activités ou ressources sont disponibles et constantes alors que d'autres, répondant cependant à des besoins de base des familles, semblent insuffisantes ou moins bien consolidées. Plusieurs intervenants ont insisté sur le fait qu'ils jugent les ressources aux familles très limitées sur leur territoire. Il est aussi à noter que la population résidant sur le territoire de Montmagny-Sud est assez dispersée à travers huit petites municipalités couvrant un assez large territoire rural (voir **Figure 2**, chapitre 1). Il est généralement plus difficile de bien desservir une population dans ce contexte.

---

11. Il y a également les services de garde en milieu familial et les centres de la petite enfance (CPE) offrant des services aux familles. Leur utilisation n'a toutefois pas été documentée dans le cadre de cette évaluation. Par contre, des démarches ont été effectuées pour améliorer l'accessibilité à ces services et ce point sera discuté dans la section traitant de l'action intersectorielle.

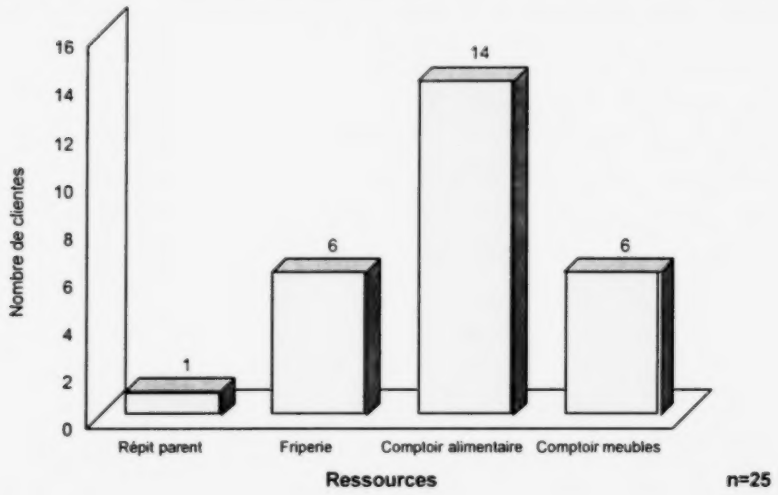
Utilisation des ressources

Les intervenantes privilégiées ont fourni l'information sur la fréquentation des ressources par les clientes familles. Toutefois, le portrait obtenu est incomplet, puisque plusieurs renseignements sont manquants. De plus, afin de faire des analyses précises et révélatrices du taux de fréquentation de certains services, selon la période d'évaluation, il faut faire intervenir aussi d'autres variables : la cliente famille possède-t-elle déjà l'information livrée par le service?; A-t-elle déjà participé antérieurement à une rencontre similaire?; Ce service est-il pertinent pour elle à son stade de grossesse ou de la vie de ses enfants? Toutes ces considérations rendent les analyses difficiles et les conclusions à en tirer hasardeuses. De même, les données statistiques SIC-CLSC fournissent un portrait incomplet, puisque ces interventions sont enregistrées dans un dossier de groupe et non pour chacune des clientes prises individuellement ayant réellement participé à l'activité. Comme cette information fine n'était pas disponible, seul le taux de participation global pour toute la période d'évaluation, résultat tiré de l'information des intervenantes privilégiées, est présenté.

Le graphique suivant[12] démontre que, parmi les ressources offertes dans le milieu (autres que celles du CLSC), le comptoir alimentaire serait le plus fréquenté par la clientèle NÉ-GS, soit par 14 des clientes familles. Les autres ressources apparaissent beaucoup moins utilisées avec six personnes ou moins y ayant eu recours, sur une possibilité de 25 clientes familles pour qui l'information était disponible. Le taux de fréquentation apparaît ainsi, de façon générale, relativement peu élevé.

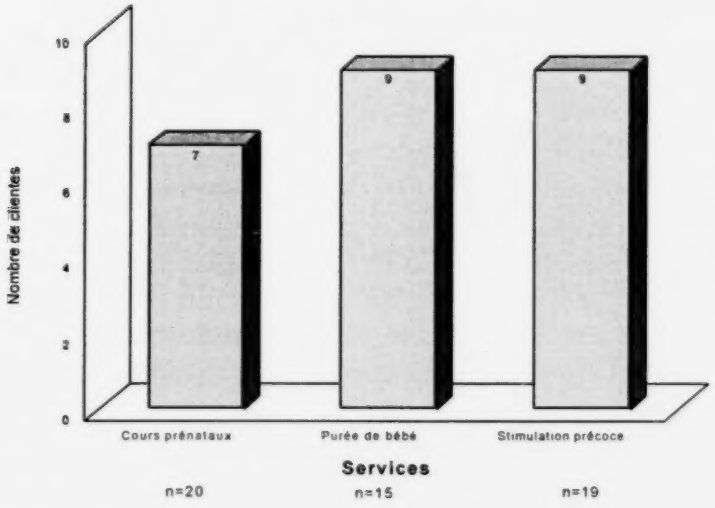
12. Pour toutes les données concernant l'utilisation des ressources, il est à noter que plusieurs données sont manquantes, ce qui crée un certain niveau d'imprécision. Les proportions ont été calculées avec le nombre total de données disponibles comme dénominateur, ce qui peut avoir pour effet de gonfler les pourcentages de participation.

Figure 13 Nombre de clientes familles ayant utilisé les divers services offerts dans le milieu



Pour ce qui est des services offerts par le CLSC, les rencontres de préparation de purées de bébé et la stimulation précoce ont rejoint chacun 9 clientes familles tandis que les cours prénataux en ont rejoint sept, cela par rapport à un total de clientes familles variant de 15 à 20, selon l'activité considérée.

Figure 14 Nombre de clientes familles ayant utilisé les services de groupe offerts par le CLSC



Les intervenants mentionnent qu'une certaine proportion de leur clientèle refuse d'utiliser les services de groupe offerts par le CLSC, ou encore, dans le milieu en raison de leur peur d'être jugées ou encore d'une gêne extrême. Les services ou l'information sont alors dispensés en individuel.

Quoique les taux de fréquentation de ces activités offertes par les CLSC soient, en proportion, un peu plus élevés que ceux des services proposés dans la communauté, ils demeurent assez modestes.

Types de pratiques d'accompagnement, de référence et de collaboration inter-ressources

L'information recueillie indique que les intervenants de l'équipe de suivi réfèrent à quelques ressources du milieu lorsque la situation l'exige. La plupart du temps, il s'agit d'informer la cliente des ressources existantes et de l'inciter à les utiliser. Il arrive aussi que la référence soit plus personnalisée et nécessite un échange avec les intervenants d'une autre ressource. Ces ressources faisant l'objet de références sont principalement le CLEF pour ses divers services (répit-parents, friperie, comptoir alimentaire) et les centres de la petite enfance (CPE) pour les services de garde.

Différentes façons de faire ont été expérimentées afin de favoriser l'utilisation des activités de groupe par les familles. Les activités de stimulation précoce ont parfois été effectuées dans les locaux de l'organisme communautaire pivot du programme (CLEF), et les intervenants de cet organisme ont participé à certaines des activités dispensées dans le cadre de ces séances.

De plus, afin que les familles se sentent plus concernées par les activités de stimulation précoce, une invitation acheminée par la poste a été adressée directement à l'enfant, attirant ainsi beaucoup plus l'attention des parents. Il y était indiqué qu'il pouvait être accompagné de sa mère, de son père, mais que d'autres membres de sa famille élargie pouvaient aussi venir avec lui en cas de besoin. De plus, on a fait en sorte que les services de garde en milieu familial soient les bienvenus aux activités de stimulation précoce, privilège dont certains se sont prévalus. De cette façon, tous les enfants des services de garde en question peuvent bénéficier des activités de stimulation. De plus, l'éducatrice spécialisée a effectué, à l'occasion, des activités de stimulation en service de garde avec l'un des enfants des clientes familles NÉ-GS. Elle profitait aussi de cette circonstance pour effectuer des activités en groupe.

Principal problème rencontré

Les membres de l'équipe mentionnent que le principal prob
collaboration avec les organismes communautaires est que la ré
communautaires bien consolidées, principalement l'organisme c
devrait être impliqué d'assez près dans les suivis NÉ-GS. En f
impliqué dans les suivis individuels NÉ-GS, puisqu'il n'arrive même
ses services de base, et qu'il doit même fermer à certaines périod

blème vécu au niveau de la
égion manque des ressources
ommunautaire pivot CLEF qui
fait, cet organisme n'est pas
e pas à assurer ses activités et
des de l'année.

Ainsi, de l'avis de tous nos informateurs, il est essentiel de t
adéquatement cet organisme. Différentes stratégies ont d'ailleur
fin, dont la présentation d'un projet pour l'obtention d'une sul
nécessité beaucoup de travail et l'exercice d'une collaborat
interdisciplinaire du CLSC et le CLEF. Il visait la consolidation et
dont l'objectif est de répondre aux besoins de base des familles
services dans chacune des municipalités du territoire. Ainsi, des
mieux structurer les services et les ressources dans le secteur de l
du logement, du transport et de l'ameublement à prix mod
gardiennage, de stimulation précoce et de soutien au développe
étaient aussi prévues.

trouver un moyen de financer
rs été mises en œuvre à cette
ubvention. En fait, ce projet a
tion soutenue entre l'équipe
le développement de services
s ainsi que la diffusion de ces
s actions étaient prévues pour
l'alimentation, de l'habillement,
dique. Des services de répit-
ement des habiletés parentales

La recherche d'une consolidation du CLEF est aussi passé
reconnaissance de l'organisme pour certaines activités essentielle
à la Régie régionale dénonçant la situation, la quête de finan
l'intermédiaire de budgets spécifiques, etc. Prenant toutefois
informateurs se disent très satisfaits de la collaboration de
ressources du milieu sollicité.

e par des actions visant la
s, des lettres d'appui envoyées
ncement et de ressources par
en compte cette réalité, les
cet organisme et des autres

3.6.3 En résumé, les principaux constats

- Plusieurs activités ou services proposés au programme N
Montmagny-Sud, mais le répit-parents est offert avec p
accessible à toutes les clientes familles vivant dans ce ter

NÉ-GS existent dans le territoire
peu de régularité et n'est pas
rritoire où la population est très

dispersée. Les comptoirs alimentaires, de vêtements et de meubles manquent, quant à eux, de quantité et de qualité.

- Ce manque de disponibilité, d'accessibilité ou de qualité des services semble causé par le manque de consolidation financière de l'organisme communautaire choisi pour l'implantation du programme NÉ-GS, une condition d'implantation du programme pourtant essentielle. Beaucoup d'efforts ont été consentis, au niveau intersectoriel, pour consolider cette ressource, sans que des résultats satisfaisants ne soient obtenus.

- Plusieurs renseignements sont manquants pour évaluer de façon précise la participation des clientes familles NÉ-GS aux activités de groupe ou leur utilisation des ressources du milieu. De façon générale, elles apparaissent peu utilisées. Toutefois, il semble que les plus populaires soient les comptoirs alimentaires, les rencontres de purées de bébé et de stimulation précoce.

- L'équipe interdisciplinaire réfère aux ressources du milieu principalement en informant les clientes familles des ressources et en les incitant à les utiliser. Les activités de stimulation précoce ont également été l'objet de pratiques visant à encourager la participation des familles.

3.7 L'action intersectorielle

L'information sur le fonctionnement du comité intersectoriel a été recueillie par des entrevues individuelles et de groupe auprès des personnes qui y ont participé. De plus, l'observation et les comptes rendus des rencontres ont permis de connaître les contenus abordés lors des rencontres, de même que la dynamique de ce comité. Voici ce qui est ressorti de cette collecte d'information.

3.7.1 En bref, ce que les écrits révèlent

- L'action intersectorielle NÉ-GS consiste à mobiliser une gamme très large d'acteurs pouvant agir sur la qualité de vie des familles défavorisées et les déterminants de la santé selon une approche écologique.
- L'objectif de ce volet est de mettre en place un plan d'action visant à consolider et à développer des ressources offrant un soutien matériel et social aux familles, et un appui au développement global de l'enfant.
- Ce volet inclut aussi l'action d'influence impliquant des actions politiques et médiatiques visant à influencer les décideurs en faveur des familles.
- Les conditions favorables à l'action intersectorielle sont: des orientations et des buts communs, une structure de fonctionnement souple et efficace, un climat d'ouverture et de confiance, une implication réelle des partenaires et un parti pris pour des actions concrètes.

Selon les bilans d'implantation consultés, il semble que...

- il ne soit pas aisé d'intégrer les actions des organismes du milieu et d'établir un projet commun;
- les représentants de la clientèle participent rarement aux comités intersectoriels, ce qui demeure un objectif et un défi;
- la stratégie d'influence n'est que peu exploitée, et les interventions sur les causes de la pauvreté sont peu nombreuses.

3.7.2 Ce qui fut observé lors de l'implantation

Les actions intersectorielles dont il sera question, dans cette section, ont été réalisées par un comité qui n'existait pas au préalable. En fait, celui-ci a été mis sur pied spécifiquement pour

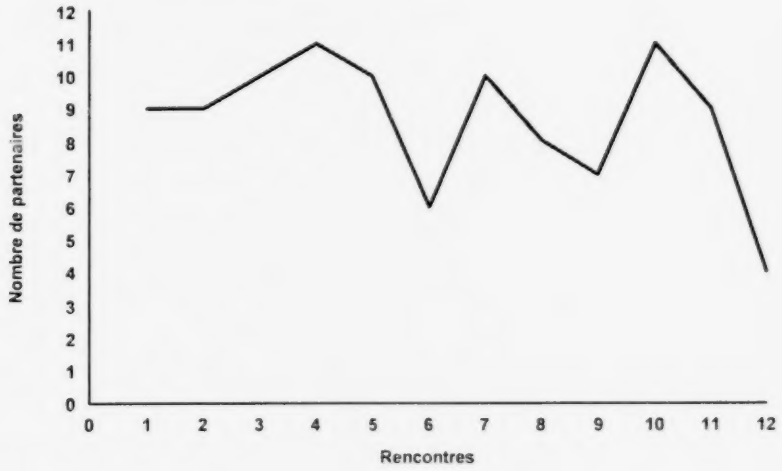
l'expérience d'implantation du programme NÉ-GS sur le territoire de Montmagny-Sud. Voici les différentes observations recueillies sur son mode de fonctionnement et les actions réalisées.

Les rencontres : modalités de fonctionnement

Pendant la période d'implantation évaluée, 12 rencontres intersectorielles furent tenues, et ce, à une fréquence habituelle d'une réunion par période de 2 mois et un arrêt au cours des mois d'été. La plupart des rencontres eurent lieu chez l'un des partenaires du milieu impliqué : l'organisme communautaire pivot choisi pour le programme. De même, une majorité des rencontres furent précédées d'un dîner permettant aux partenaires de faire davantage connaissance et d'échanger de façon plus informelle.

L'implication est de 9 partenaires en moyenne, mais cette participation a varié de 4 à 11 personnes selon les rencontres. Le nombre de partenaires présents fut plus stable, et en moyenne plus élevé lors de la première année d'implantation (rencontres 1 à 5), qu'au cours des périodes subséquentes.

Figure 15 Nombre de partenaires présents à chacune des rencontres du comité intersectoriel



Un noyau de partenaires a participé à 66 % ou plus des rencontres et est constitué du CLSC, de l'organisme communautaire pivot du programme, de l'hôpital du secteur, du centre local

d'emploi, du centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse et de la direction de santé publique. Toutes les organisations étaient convoquées à chacune des rencontres, mais certaines ne pouvaient pas toujours être présentes, ou encore, ne s'y présentaient pas pour des raisons n'ayant pas été investiguées. Le **Tableau 20** présente toutes les organisations ayant participé au comité intersectoriel NÉ-GS pendant la période évaluée, ainsi que le nombre de rencontres auxquelles des représentants ont assisté.

Tableau 20 Nombre de présence aux réunions du comité intersectoriel NÉ-GS selon les diverses organisations participantes

Organisations participantes	Nombre de présence	Proportion en %
CLSC	12	100
Direction de santé publique	12	100
Centre local d'entraide familiale	11	92
Hôpital	11	92
Centre local d'emploi	10	83
Centre de la protection enfance jeunesse	8	67
Animatrice de pastorale	7	58
Centre de la petite enfance	6	50
Centre local de développement	5	42
RODEMS[13]	5	42
Organisme d'alphabétisation	4	33
École primaire	4	33
Agente de développement : transport	3	25
Coopérative d'habitation	3	25
Sûreté du Québec	3	25

Thèmes abordés pendant les rencontres et démarches effectuées

Première année d'implantation

Au cours de la première année de vie du comité intersectoriel, un portrait des ressources sur le territoire et une identification des actions prioritaires à réaliser ont été effectuées rapidement. Ensuite, les thèmes abordés pendant les rencontres au niveau des réflexions, des suivis et des

13. RODEMS est un acronyme utilisé pour Regroupement des organismes de développement économique de Montmagny-Sud.

démarches accomplies étaient en concordance avec les actions prioritaires fixées au départ, qui étaient les suivantes :

- obtenir des places supplémentaires en garderie;
- favoriser le développement des logements sociaux;
- soutenir la reconnaissance de l'organisme communautaire désigné;
- s'assurer de créer et de maintenir des liens avec les médecins afin de favoriser le démarchage des clientes défavorisées;
- promouvoir NÉ-GS dans la population.

En fait, les dossiers les plus fréquemment abordés au sein du comité et impliquant quelques membres furent les suivants : l'obtention de nouvelles places en garderie et la reconnaissance de l'organisme pivot. Les autres dossiers prioritaires ont été discutés moins fréquemment, ou encore, menés uniquement par le CLSC. Des actions et des discussions portèrent aussi sur le développement et la consolidation d'un comptoir de meubles usagés.

De façon générale, les démarches intersectorielles effectuées, lors de cette première année, furent nombreuses et axées sur des actions prioritaires choisies.

Démarches : 1re année d'implantation du comité intersectoriel NÉ-GS

Portrait des services
- Lettre sondage aux municipalités

Reconnaissance de l'organisme communautaire
- Demande de subventions à Centraide
- Lettre d'appui

Comptoir de meubles usagés
- Demande et suivi d'études de faisabilité
- Démarche pour trouver locaux et transport

Places supplémentaires en garderie
- Sondage auprès de la population pour démontrer le besoin
- Lettre aux familles pour qu'ils manifestent leur besoin
- Démarches auprès des CPE pour les sensibiliser aux besoins de nouvelles places dans ce secteur

Actions d'influence
- Appui au collectif pour éliminer la pauvreté (loi)
- Lettre d'appui pour éviter la fermeture d'une école
- Articles de sensibilisation à la pauvreté dans les journaux locaux

Liens avec les médecins
- Rencontres et contacts avec les médecins

Deuxième année d'implantation

En novembre 2002, une autre année du comité intersectoriel s'amorce avec un nouveau coordonnateur de l'implantation du programme NÉ-GS à sa tête. Il n'y a pas eu de révision des objectifs prioritaires, mais plutôt un suivi de ce qui avait été initié l'année précédente. Par rapport à ces orientations, le dossier de l'acquisition de nouvelles places supplémentaires en garderie fut de nouveau l'objet d'actions posées ainsi que le soutien à la reconnaissance du CLEF. Comme démarche principale pour ce dernier objectif, l'élaboration d'un projet et une demande de subventions fut l'une des actions principales du comité. Ce projet visait la consolidation et le développement de services, dans chacune des municipalités, visant à répondre aux besoins de base des familles[14]. Les autres objectifs prioritaires ne furent pas abordés. Le dossier du développement d'un comptoir de meubles usagés continua, quant à lui, d'être l'objet de suivis.

Par contre, plusieurs nouveaux points d'information furent transmis et objets de suivis réguliers, dont le nouveau programme Agir Autrement qui souhaite venir en aide aux adolescents en difficulté[15] et le programme A à Z traitant de l'éveil à la lecture et à l'écriture chez les tout petits. De l'information et des suivis sur une démarche de revitalisation des villages du secteur furent aussi offerts. Dans le cadre de la présente évaluation, un bilan du fonctionnement du comité intersectoriel et un début de révision du plan d'action furent réalisés également.

---

14. Ce projet est décrit plus précisément à la fin de la section 3.6.2.
15. Quoique ce programme soit destiné plus spécifiquement à des adolescents en difficulté, il existe quelques liens avec le comité d'action intersectoriel NÉ-GS : 1° les problèmes rencontrés chez les jeunes en difficulté se manifestent tôt dans leur développement ce qui implique que des interventions doivent être effectuées à un jeune âge; 2° il pourrait y avoir certains recoupements entre les projets développés pour stimuler les adolescents, et ceux visant à créer plus de ressources pour les jeunes familles vivant en situation de pauvreté.

Démarches : 2e année d'implantation du comité intersectoriel NÉ-GS

Places supplémentaires en garderies
- Pétition
- Pressions au ministère de la Famille
- Recrutement d'enfants à garder
- Recrutement de familles de garde

Résultats :
- Obtention de nouvelles places!

Comptoir de meubles usagés
- Contacts pour développer des services de restauration de meubles
- Suivi de la deuxième étude de faisabilité

Reconnaissance de l'organisme communautaire
- Élaboration d'un projet et demande d'une subvention
- Allocation d'un petit budget venant du PSJP
- Pressions au ministère de la Famille pour la reconnaissance de l'organisme pour le répit-parents

Éveil à la lecture et à l'écriture
- Sensibilisation et stimulation de pratiques favorables des partenaires

Bilan du fonctionnement du comité intersectoriel effectué et début de la mise à jour du plan d'action

On voit donc que certains des objectifs prioritaires fixés au départ ont continué d'inspirer les actions (ex. places en garderie, reconnaissance de l'organisme pivot) alors que d'autres sont tombés dans l'oubli (ex. développement de logements sociaux, promotion du programme dans la population, créations de liens avec les médecins). Par contre, d'autres orientations ont été prises avec l'évolution du contexte, sans qu'une décision explicite des membres du comité intersectoriel ne les formalise comme étant prioritaires.

Troisième période d'implantation

Lors de la dernière période de sept mois évaluée, mettre à jour un nouveau plan d'action fut l'une des premières tâches effectuée. Le projet développé l'année précédente, portant sur le développement des ressources répondant aux besoins primaires des familles, fut d'ailleurs mis à profit dans les orientations prises au sein du comité. Les pistes d'actions prioritaires retenues furent les suivantes :

- faire un portrait spécifique des ressources aidant les familles à répondre à leurs besoins primaires (ex. alimentation, vêtements, etc.);
- comparer ces ressources du territoire avec celles d'autres MRC;

- trouver des façons d'améliorer ces ressources sur le territoire;
- sensibiliser les municipalités à la réalité des familles vivant dans la pauvreté.

Au cours des trois rencontres intersectorielles de cette période, les principaux sujets abordés portèrent sur le développement d'un service d'aide alimentaire et de certains autres services, principalement, le répit-parents. Divers points d'information et des suivis furent aussi effectués sur différents dossiers abordés ou non lors de réunions précédentes. Une seule action prioritaire fut donc abordée pendant cette demi-année de travail intersectoriel.

Démarches : 3e période d'implantation du comité intersectoriel NÉ-GS

Développer les services / les besoins primaires

- Visite d'une ressource d'une autre MRC
- Contact avec personnes clés pour suivi de la demande de subventions refusée

Reconnaissance de l'organisme communautaire

- Ajout de ressources grâce à un habile maniement de projets
- Lettre d'appui pour éviter l'évincement de certains locaux
- Développement du service de répit-parents

Actions d'influence

- Lettre d'appui pour le développement d'une ressource

Début de la mise à jour d'un nouveau plan d'action

De façon globale, les démarches réalisées par le comité intersectoriel furent nombreuses, et selon les périodes d'évaluation, orientées plus ou moins en fonction des priorités clairement établies. Par contre, le souhait d'améliorer les services et les conditions de vie des familles défavorisées étaient toujours au cœur des préoccupations. L'information qui suit permettra qualifier, à d'autres niveaux, le travail intersectoriel effectué.

Le fonctionnement du comité : point de vue des acteurs et données d'observation

Éléments positifs ressortis

Les différentes étapes de l'évaluation ont soulevé plusieurs éléments positifs concernant le fonctionnement du comité intersectoriel. La composition du comité s'est avérée adéquate, plusieurs des partenaires furent assidus aux rencontres, se sont montrés intéressés et

s'impliquaient suffisamment, soit d'une façon correspondant à leurs moyens et ajustée en fonction de ce qui leur était proposé. La fréquence des rencontres et les divers éléments de logistique ont satisfait les partenaires, en particulier le fait qu'ils dînent ensemble avant les réunions, leur permettant de développer plus de liens entre eux. De même, le climat fut jugé très positif, puisqu'il permettait, entre autres, de rendre les partenaires suffisamment à l'aise pour émettre leurs opinions.

Aspects à améliorer

Bilans annuels et plan d'action

En contrepartie, des éléments à améliorer ont été soulevés, comme le besoin de faire le point annuellement sur les actions posées et le fonctionnement du comité afin d'effectuer les réajustements nécessaires et de réviser le plan d'action. D'ailleurs, ce dernier n'a pas été rédigé, si ce n'est que dans le compte rendu d'une rencontre. Quoique majoritairement à l'aise avec cette façon de procéder, les participants ont suggéré de le rendre un peu plus formel, soit de l'écrire avec, à tout le moins, les orientations principales.

Niveau de participation et de mobilisation

À travers les différentes étapes d'évaluation, un certain manque de dynamisme du comité a souvent été perçu : plusieurs partenaires ne furent pas vraiment mobilisés par des actions concrètes qui les touchent. En raison de cela, les intervenants du CLSC craignent le désintéressement des partenaires du comité, même si ceux-ci se sont dit toujours intéressés et motivés lors du bilan effectué en mars 2003. Ils ont toutefois manifesté leur intérêt à travailler sur des projets concrets les concernant, et ce, possiblement en sous-comités de travail si nécessaire. L'un des informateurs s'exprime ainsi déjà au premier bilan effectué en juin 2002 :

> « il nous faut rapidement un projet concret qui mobilise plusieurs acteurs afin que les partenaires se sentent vivants entre les réunions, [...] qu'il y ait un mouvement et que chacun prenne le petit bout pour lequel il se sent à l'aise et concerné. »

Ce qui a été observé renforce d'ailleurs ces constats. Lors des rencontres, il y a eu, de façon ponctuelle, des moments de discussion et de réflexion avec l'ensemble des partenaires présents. Toutefois, dans la majorité des rencontres, il fut plus fréquent d'observer les représentants du CLSC informer les autres partenaires sur divers éléments de contexte ou dossiers. De même, les actions sont apparues très fréquemment posées par les représentants du CLSC. Les autres

partenaires semblaient donc présents pour s'informer et donner leur opinion de façon ponctuelle. Peu de projets ont été observés pour lesquels plusieurs partenaires furent vraiment mis à contribution. Le comité a semblé davantage être un lieu de mise en commun de l'information sur les familles défavorisées et les services qui leur sont offerts, qu'un lieu de travail pour résoudre les difficultés et où germent de véritables projets intersectoriels.

Préparation des rencontres

De plus, à quelques reprises, lors des dernières rencontres, un ralentissement du rythme a été observé : en fait, le comité semblait manquer de préparation pour discuter de façon structurée des actions prioritaires à cibler. Cette situation a empêché le comité d'enclencher rapidement et efficacement le travail de mise à jour du plan d'action.

Le besoin d'investir plus de temps de préparation des rencontres et de chercher une façon d'animer le comité différemment a d'ailleurs été ressorti par l'équipe du CLSC, afin de mieux stimuler le travail intersectoriel. Une forme de leadership doit donc être assumée pour exploiter le côté véritablement intersectoriel du comité.

Ressources financières

Un autre problème important est soulevé : les idées de projets et d'actions ne manquent pas au sein du comité, mais les ressources financières pour les réaliser, quant à elles, ne sont pas disponibles.

Participation des familles

Finalement, l'évaluation a permis de mettre en perspective que les familles ont été intégrées, de façon minimale, à l'action intersectorielle. En fait, leur participation s'est surtout traduite par l'implication dans quelques démarches pour l'obtention de places supplémentaires en garderie : pétition, sondage sur les besoins, recrutement d'enfants et de familles de garde.

De plus, les intervenants de l'équipe interdisciplinaire se sont chargés de faire connaître les besoins des familles défavorisées aux membres du comité intersectoriel en racontant certaines situations vécues, de façon très concrète, permettant à ces derniers d'être davantage conscients des problématiques vécues par la clientèle de la région. Cette démarche fut appréciée et perçue comme très utile.

Il demeure, néanmoins, que les familles pourraient être davantage impliquées que ce soit par une participation aux rencontres du comité intersectoriel ou par d'autres formes d'implication comme recommandé par le programme.

Pistes d'actions soulevées

Diverses pistes d'actions (pouvant éventuellement influencer les priorités qui seraient choisies plus tard) ont été soulevées par le comité intersectoriel lors du bilan effectué en mars 2003. Un projet est ressorti plus que les autres et concerne la clientèle cible. Il s'agit de tenter de rejoindre, par le volet communautaire, des familles plus réticentes et plus méfiantes à recevoir des services, mais qui ont de très grands besoins :

> « Je pense qu'il y a beaucoup de gens que l'on n'arrive pas à rejoindre par nos services [...] ceux qui sont le plus dans le besoin [...]. »

> « Chez nous, on observe la même chose [...]. On dirait que ces gens là ont une réticence à la nouveauté, aux nouveaux visages, ils sont plus méfiants [...]. »

> « Chez nous aussi, il y a des familles qui refusent l'aide, parfois ils refusent deux ou trois fois et finissent par accepter la fois suivante. Le lien de confiance est difficile à créer. »

Apport du programme NÉ-GS au niveau de l'action intersectorielle

Avant même que des actions ne soient posées pour améliorer les services ou le milieu de vie des familles, les gens perçoivent des effets bénéfiques du comité. Il favoriserait une meilleure connaissance des ressources et une bonne collaboration. De plus, l'information transmise au comité fait son chemin jusque dans l'organisation des participants :

> « Cela a permis de faire connaître notre organisme, de créer des contacts avec des collaborateurs pour un programme. Comme on a peu de sous, on s'entraide entre organismes, on a une bonne collaboration. »

> « C'est le fun de pouvoir partager avec d'autres vivant une même réalité. Avant je vivais une certaine impuissance, maintenant, je sais plus à qui référer. Nous ne sommes pas toujours crus par nos décideurs quant aux réalités des familles pauvres [...]. Venir ici permet de sensibiliser les gens de mon équipe, je leur transmets l'information, entre autres, les statistiques qui nous sont fournies ici. »

Le comité a provoqué également, dans quelques cas, un changement dans la vision de la réalité des familles en situation de pauvreté et au niveau de l'intervention avec la clientèle.

« Les rencontres du comité permettent de mieux connaître la réalité des familles du sud : les gens du nord sont souvent plus à l'aise financièrement. Cela a donc permis de prendre conscience des besoins [...]. »

« Nous nous sentons plus proches des familles référées par le CLSC, et nous recevons plus de références. »

« Je ne connaissais pas ça la pauvreté, cela nous a permis de mettre à jour nos outils, de sensibiliser le personnel. Entre autres, on est plus sensibilisé à l'analphabétisation, on comprend plus pourquoi certains clients ne voulaient pas compléter nos questionnaires [...]. Ça m'impressionne aussi de voir comment ils se prennent en main. »

De plus, comme cela a été présenté ci-dessus, le comité intersectoriel a réalisé plusieurs actions pour améliorer les services et possibilités offertes aux familles défavorisées. Les participants sont d'ailleurs d'avis que les rencontres étaient tout à fait nécessaires pour que ces actions se réalisent.

Conditions de succès et étapes associées à l'action intersectorielle

L'analyse de la démarche d'action intersectorielle fut également réalisée en fonction des conditions de succès et des étapes à franchir retrouvées dans la littérature. Les deux tableaux suivants en dépeignent succinctement les constats.

Les conditions de succès de l'action intersectorielle[1]		
Condition	**Explication**	**Réalité observée dans Montmagny-Sud**
Orientations et buts communs	- Partager une vision commune quant aux besoins de la clientèle. - Définir ensemble une philosophie d'intervention. - Choisir des orientations communes.	¤ Actions effectuées pour en arriver là (colloque, formations). Pas de difficultés observées à ce niveau.
Structure et fonctionnement de soutien souple et efficace	Il est important d'avoir une structure de fonctionnement et de soutien souple, efficace, bien définie et reconnue officiellement par l'ensemble des partenaires.	¤ / ☁ Les partenaires disent apprécier le mode de fonctionnement du comité, mais suggèrent des améliorations : le plan d'action et les bilans annuels.
Climat d'ouverture et de confiance	Certaines attitudes sont essentielles à une collaboration entre des acteurs issus de milieux différents : - ouverture sur les multiples points de vue; - tolérance à l'ambiguïté; - respect des différences.	¤ Climat très positif et apprécié des partenaires. Les rencontres informelles le favorisent.
Implication réelle des partenaires	Seul l'engagement réel des partenaires peut insuffler du dynamisme au projet. Cela implique qu'il faut : - être prêt à y investir du temps et de l'énergie; - être en mesure d'exprimer clairement et ouvertement ses positions, ses contraintes et ses aspirations; - pouvoir accepter de nouvelles responsabilités, de nouveaux mandats.	¤ / ☁ Les participants se sentent à l'aise d'exprimer leurs opinions. Les partenaires s'impliquent dans la mesure de leurs possibilités et de ce qui leur est demandé. Les actions posées ne requièrent que peu de participation des partenaires autres que le CLSC.
Parti pris pour des actions concrètes	L'action intersectorielle ne prend réellement son sens que dans des réalisations concrètes. C'est en agissant ensemble, en vue d'apporter des réponses concrètes aux besoins de la clientèle, qu'elle s'actualise. Le temps venu, il est essentiel de passer du discours à la pratique.	¤ Plusieurs démarches sont effectuées, plusieurs tentatives pour résoudre des difficultés.

1. Tiré presque intégralement du document L'action intersectorielle, un jeu d'équipe de Ouellet, Paiement et Tremblay (1995 : 5).

Étapes de la démarche intersectorielle[1]	
Description de l'étape	**Réalité observée dans Montmagny-Sud**
Mobiliser les partenaires - Identifier les partenaires actuels et potentiels. - Faire le portrait de la concertation qui se fait déjà dans le territoire, choisir la nouvelle situation de concertation désirée. - Constituer le nouveau regroupement.	¤ Étape réalisée et initiée par le colloque de lancement du programme.
Développer un consensus de base - Fixer l'objectif général de l'instance. - Fixer les règles de fonctionnement de l'instance. - S'entendre sur ce qu'est concrètement la problématique visée et la clientèle. - S'entendre sur une philosophie d'action. - Identifier, s'il y a lieu, les besoins de formation.	¤ L'objectif et les modalités de fonctionnement ont été définis lors des premières rencontres et les modalités furent réactualisées au besoin. Une journée de formation et de réflexion sur l'intervention en milieu de pauvreté a été tenue pour développer une certaine vision commune. Certains aspects auraient pu susciter davantage d'échanges, tels que la philosophie et certaines particularités de la clientèle.
Faire un portrait des services et une analyse des besoins - Mise en commun des actions en cours des partenaires. - Mise en commun des connaissances des partenaires sur les besoins du milieu. - Faire des activités d'analyse du milieu pour cerner les axes d'actions prioritaires.	¤ /☁ Portrait des ressources et actions en cours réalisé au début et mis à jour au besoin. Quelques échanges sur la perception des besoins des familles et des actions à privilégier. Pas d'analyse des besoins effectuée.
Élaborer un plan d'action - Identifier les projets d'action par stratégie et par clientèle. - Élaborer la planification opérationnelle de chaque projet. - Voir à ce que le plan d'action soit orienté vers des actions concrètes et réalisables. - S'assurer que les mandats et responsabilités soient réparties équitablement. - S'assurer d'un équilibre entre l'investissement et les bénéfices perçus pour chaque organisme. - Identifier des projets de soutien au processus.	¤ /☁ Actions prioritaires ciblées au départ, mais pas de rédaction du plan d'action. Plusieurs démarches effectuées pour réaliser les actions prioritaires ciblées. Démarches souvent réalisées par un ou quelques partenaires seulement.
Réaliser le plan l'action et l'évaluer - Mettre en œuvre un mécanisme de coordination et de soutien aux projets. - Choisir le type d'évaluation à effectuer et mettre en œuvre les mécanismes d'évaluation prévus.	¤ /☁ Formations tenues pour soutenir les acteurs. Évaluation du fonctionnement de l'instance réalisée en 2003, mais pas de bilan annuel réalisé et de révision systématique du plan d'action.

1. Information tirée de L'action intersectorielle, un jeu d'équipe de Ouellet, Paiement et Tremblay (1995) et de Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté : guide de formation et d'animation de Désilets (2000).

3.7.3 En résumé, les principaux constats

- Plusieurs partenaires du milieu sont mobilisés et participent au processus d'action intersectorielle.

- Il y a plusieurs éléments positifs en ce qui a trait au fonctionnement du comité intersectoriel, puisque les étapes de mobilisation et de développement d'un consensus de base ont été assez bien réalisées. On observe aussi une orientation et des buts communs, un climat d'ouverture et de confiance ainsi qu'un parti pris pour des actions concrètes.

- Des actions prioritaires furent ciblées au sein du comité et plusieurs démarches furent réalisées pour les actualiser.

- Par contre, l'étape d'analyse des besoins de la clientèle n'a pas été réalisée en profondeur, et le comité gagnerait à structurer davantage son plan d'action et à effectuer des bilans annuels. Aussi, il serait bien de trouver des façons d'impliquer davantage les partenaires dans les processus de réflexion, de décision et d'action.

- La clientèle a été impliquée de façon minimale à l'action intersectorielle. Cette participation pourrait être améliorée conformément à ce qui est recommandé dans le cadre du programme NÉ-GS.

- Le comité intersectoriel a permis aux participants de mieux connaître les différents services offerts par les partenaires, la réalité des familles en situation de pauvreté et de favoriser les liens de collaboration interorganismes.

3.8 Identification des conditions favorisant le succès de l'implantation du programme NÉ-GS

Les informateurs clés de l'implantation du programme ont été interrogés sur un aspect général de l'implantation du programme NÉ-GS, soit leur vision des conditions favorables à l'implantation de ce programme dans un milieu. Voici ce que l'analyse de leurs propos révèle sur ce sujet. Selon eux, il est nécessaire de :

- choisir des personnes qui croient au programme, qui ont de l'intérêt pour le projet d'implantation et qui ont vraiment le goût de s'impliquer. Également, il est nécessaire que les gens impliqués manifestent un esprit ouvert pour modifier certaines de leurs pratiques;

- favoriser le développement et l'uniformisation des connaissances des différents partenaires impliqués, les amener à faire consensus sur :
  - le programme
  - les valeurs qu'on souhaite véhiculer par ce programme
  - les caractéristiques du milieu d'implantation
  - la pauvreté vécue dans ce milieu

- se donner une structure de fonctionnement, planifier un plan d'action portant sur le processus global d'implantation incluant les diverses démarches à effectuer à chacune des étapes du projet, les partenaires de la communauté à impliquer ainsi que les valeurs à véhiculer.

- s'assurer que la composition de l'équipe interdisciplinaire est adéquate en fonction des problèmes rencontrés par la clientèle, que l'équipe d'intervenants choisis soit stable et que les rôles de chacun sont bien délimités. De plus, le leadership, le soutien et la supervision clinique doivent être assurés.

- avoir la volonté, comme organisation, de mettre ce programme en priorité et être prêt à effectuer des réaménagements de ressources. Le réaménagement des ressources risque toutefois d'être insuffisant pour implanter un programme d'une telle envergure. Il faut s'assurer d'avoir les ressources financières nécessaires pour assurer l'intensité de l'intervention requise.

- avoir un organisme communautaire bien consolidé, au cœur de l'action intersectorielle. De plus, le maintien de bonnes relations avec les organismes du milieu est évidemment une condition aidante, puisque les luttes de pouvoir ou autres frictions ne facilitent en rien l'action intersectorielle.

3.9 La participation de la Direction de santé publique à l'expérience d'implantation

Ici, il sera question principalement du rôle de la responsable du dossier NÉ-GS à la Direction de santé publique, tel qu'il s'est actualisé selon sa propre perception, et aussi du niveau de satisfaction des intervenants de l'équipe d'implantation face au soutien offert. Finalement, les formations offertes par la Direction de santé publique seront brièvement décrites et commentées.

3.9.1 Rôle de la responsable à la Direction de santé publique

Le rôle initial de la responsable du projet à la Direction de santé publique fut d'informer les divers intervenants, en collaboration avec la coordonnatrice de l'équipe du CLSC, de l'importance du programme et de ses diverses composantes.

Une fois la décision prise d'implanter le programme, son rôle fut d'alimenter l'équipe sur les expériences qui se déroulent au Québec, que ce soit par la transmission de documents, d'outils, ou encore, par l'organisation de rencontres telle la journée de lancement du programme qui fut le lieu de la présentation de l'expérience d'implantation vécue en Abitibi-Témiscamingue. Aussi, se basant sur ses connaissances des expériences antérieures d'implantation du programme, elle a contribué à planifier les diverses étapes de l'implantation et à mettre en place certaines conditions favorables à sa réussite. Elle assura aussi une présence à quelques rencontres de l'équipe interdisciplinaire et à la majorité des séances du comité intersectoriel.

De plus, comme il n'était pas possible d'obtenir un budget supplémentaire afin d'assurer plus de ressources pour l'expérience d'implantation, elle a eu recours à une autre forme soutien en obtenant, par l'intermédiaire du Programme de subventions en santé publique, des fonds pour la réalisation d'une évaluation du processus d'implantation. Cette évaluation visait donc à soutenir le processus en offrant régulièrement des rétroactions sur celui-ci.

Par la suite, la responsable devait identifier les besoins de soutien des personnes impliquées dans l'implantation et de tenter d'y répondre. Elle y a ainsi contribué par l'organisation de quelques formations décrites plus loin et en informant régulièrement les acteurs des développements au niveau provincial ou dans les autres régions. Diffuser l'information, dans les autres MRC de la région, sur l'expérience d'implantation vécue dans Montmagny-Sud fut aussi l'un de ses rôles. Environ une demi-journée par semaine fut consacrée pour actualiser ces diverses responsabilités au cours de la première année d'implantation. Toutefois, elle mentionne qu'une journée par semaine aurait été idéal pour soutenir adéquatement le processus d'implantation en cours.

3.9.2 Description et bilan des formations réalisées

Tôt dans le processus d'implantation, il est apparu important de privilégier une journée de réflexion sur la pauvreté. Cette formation animée par madame Vivianne Labrie, du Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté, s'adressait à tous les partenaires impliqués par l'implantation de NÉ-GS. Cette journée, offerte aux acteurs clés de l'implantation, a permis d'éveiller les participants aux enjeux politiques de la réduction de la pauvreté dans notre société. Conséquemment, cette formation a pu leur permettre de développer une vision commune de la problématique.

À la fin de la première année d'implantation, un colloque visant à favoriser l'implication du père en tant que partenaire indispensable dans la famille et auprès des enfants eut lieu. Cette journée Qui père gagne s'adressait aux intervenants, aux bénévoles ainsi qu'aux décideurs d'organismes de Chaudière-Appalaches oeuvrant auprès des mères, des pères et des familles ayant de jeunes enfants ou auprès de couples sur le point de devenir parents (CLSC, centres hospitaliers, centres jeunesse, centres de la petite enfance et organismes communautaires) et mettait à profit plusieurs personnes-ressources. Une poursuite de la réflexion sur l'implication du père se concrétisa par une formation régionale intitulée Intervenir auprès des pères en difficulté. Celle-ci, animée par monsieur Carl Lacharité, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, eut lieu à l'automne 2002 et visait à sensibiliser les participants à l'expérience subjective des pères vivant dans des situations difficiles qui fragilisent leur engagement paternel.

Une autre formation fut organisée en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et offerte, à l'automne 2002, aux intervenants du CLSC de Montmagny. Il s'agit d'une

journée de familiarisation avec le Programme de soutien aux jeunes parents, très similaire au programme NÉ-GS par son approche et les critères définissant l'intervention. Et puis, au printemps 2003, une formation s'adressant à tous les CLSC et tous les partenaires concernés de la région eue lieu s'intitulant Intervention en milieu de pauvreté : pauvreté, culture, intervention.

D'autres formations sont aussi prévues à l'agenda à la fin de la période à l'étude. Celles-ci doivent porter sur l'intervention auprès des hommes en contexte familial, la périnatalité et la petite enfance en contexte de pauvreté, les éléments essentiels à la consolidation de l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ainsi que la réalisation des plans de services individualisés (PSI).

3.9.3 Niveau de satisfaction quant au soutien offert

Les personnes interrogées se sont dites très satisfaites du soutien apporté par la responsable à la Direction de santé publique au cours des deux années et demie d'implantation. Ils jugent que cette dernière a été impliquée à des niveaux très aidants mentionnés précédemment. De plus, la présence continue et la disponibilité de cette responsable furent très appréciées.

Toutefois, des intervenants ont fait ressortir quelques-uns de leurs besoins. D'abord, celui d'un rôle d'influence auprès de la direction de l'organisation des services de la Régie régionale afin que l'organisme communautaire pouvant être impliqué dans l'actualisation du volet communautaire du programme NÉ-GS soit financé adéquatement. Également, des intervenants ont manifesté un désir d'information sur les programmes et les ressources pour les familles à faible revenu. Plus précisément, les intervenants disent souhaiter être plus au fait des divers programmes gouvernementaux (ex. aide sociale, APPORT, soutien financier à la famille, allocations familiales, Santé Canada).

Ils ont également suggéré une formation très concrète sur l'approche d'empowerment, de même qu'une autre sur l'attachement parental. Ils souhaitent aussi pouvoir consulter de la documentation et continuer d'être informés sur ce qui se fait dans d'autres régions. De même, être alimenté davantage en outils concrets pour l'intervention (grilles d'évaluation, plans d'intervention) et pouvoir disposer d'une liste des documents et d'outils disponibles concernant NÉ-GS serait apprécié de toute l'équipe. Finalement, un apport financier permettant de soutenir l'implantation leur semblerait aussi très utile.

3.9.4 En résumé, les principaux constats

- Le soutien régional s'est surtout réalisé par une présence régulière de la responsable du dossier auprès de l'équipe d'implantation, par l'alimentation de celle-ci en information sur le programme, par l'organisation de formations et par la réalisation de cette évaluation d'implantation.

- L'équipe d'implantation a exprimé un sentiment de satisfaction de ce soutien tout en affirmant le besoin d'un appui de type politique pour le financement du CLEF. De même, le besoin est ressorti de mettre l'accent sur certaines formations axées sur l'intervention et d'être alimenté, de façon encore plus soutenue, sur les divers outils d'intervention disponibles.

4. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans cette section du rapport, un retour sur les principaux résultats sera effectué en lien avec chacun des objectifs de l'évaluation. Les éléments concordants et divergents du programme seront ensuite discutés, nuancés et expliqués à partir de la réalité d'implantation vécue dans Montmagny-Sud. Finalement, les limites de l'étude seront ressorties ainsi que les principales pistes pour améliorer l'implantation du programme ou favoriser son déploiement sur d'autres territoires.

4.1 Objectif 1

Démontrer dans quelle mesure les trois volets de NÉ-GS ont été réalisés, soit le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle.

4.1.1 Le suivi individuel intensif

Le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire

L'équipe de suivi interdisciplinaire a été constituée et s'est mise en action en effectuant des rencontres d'équipe à toutes les deux semaines. Des discussions de cas ont eu lieu, les rencontres ont été jugées utiles, mais des plans d'intervention en équipe ne furent pas réalisés lors de la période d'évaluation. D'ailleurs, c'est la principale amélioration qui doit être apportée et qui a été soulevée par tous les membres de l'équipe.

Toutefois, contrairement à ce que le modèle du programme NÉ-GS suggère, l'équipe interdisciplinaire de Saint-Fabien-de-Panet ne centre pas les interventions autour d'une seule intervenante privilégiée au cours du suivi prénatal : pendant cette période, trois membres de l'équipe (infirmière, nutritionniste et intervenant social) interviennent en alternance. Dans le programme NÉ-GS, il est prévu que le suivi prénatal et postnatal s'effectue par une seule

personne appelée intervenante privilégiée. En outre, cette façon de faire est un ingrédient jugé essentiel ayant pour but de favoriser l'établissement d'un lien de confiance, généralement assez difficile à actualiser, avec la clientèle vivant en contexte d'extrême pauvreté. L'équipe de suivi interdisciplinaire de Montmagny-Sud a donc décidé de procéder quelque peu différemment.

Une discussion a été soulevée sur ce sujet à la mi-projet : il est ressorti que cette façon de procéder servait à alléger la tâche des infirmières au prénatal et à introduire plus facilement le travailleur social si des difficultés surviennent au postnatal. Toutefois, comme le principe d'une seule intervenante privilégiée est une caractéristique importante du programme NÉ-GS, des questions restent en suspens : Est-ce que chacun des intervenants, dans cette situation d'intervention en alternance, contribue de façon significative au suivi? Est-ce qu'un lien de confiance peut réellement s'établir dans ces conditions, même avec les clientes les plus défavorisées ou méfiantes? »

Les intervenants affirment observer que, même dans ces circonstances, un lien de confiance s'établit avec leurs clientes. Toutefois, à une reprise, cette alternance des intervenants n'a pas convenu à l'une des clientes : celle-ci ne se sentait pas à l'aise avec cette façon de procéder. Quatre refus ont également été observé au cours de la première année d'implantation. Ces refus seraient-ils associés, d'une certaine façon, à cette pratique? Cependant, l'information nécessaire pour répondre à cette interrogation n'est pas disponible.

Outre ces questionnements, concernant l'alternance dans le suivi prénatal et le fait que des plans d'intervention ne soient pas réalisés en équipe, un autre problème a été ressorti : l'instabilité de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe. En effet, ses assignations étaient temporaires, de courte durée et ont dû être réduites à la fin du programme, faute de budget, même si son implication était de plus en plus croissante et apparaissait très pertinente. Selon les intervenants, cette situation a nuit au travail d'équipe et peut avoir touché la qualité d'intervention pour les clientes familles. Il est donc ressorti comme essentiel d'assurer au mieux la stabilité de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

La précocité, l'intensité et la continuité des interventions

Selon les données recueillies, l'intervention commence tôt au cours de la grossesse (avant 20 semaines) pour une très grande proportion des clientes familles débutant le suivi. Le critère de précocité de l'intervention est donc rencontré.

En ce qui a trait à l'intensité de l'intervention, elle diffère selon les clientes et le stade de suivi périnatal. Lorsque chacun des stades de suivi est regardé séparément, les critères d'intensité sont atteints pour une proportion appréciable de clientes au prénatal et plus de trois mois après la naissance. Pour les stades de suivi se rapprochant le plus de la naissance et pour lesquels l'intensité doit être plus grande, le taux d'atteinte de l'intensité requise est plus faible ou plus variable d'une période à l'autre de l'évaluation. Le critère d'intensité n'est donc pas atteint pour une certaine proportion de la clientèle à un moment ou à un autre de leur suivi.

Au niveau de la continuité des interventions, 20 % des clientes familles suivies ont arrêté le suivi avant que le bébé n'ait deux ans et sans que cela ne soit expliqué par une raison particulière le justifiant. De plus, 16 % l'ont arrêté en raison d'une amélioration de leur situation économique. Lorsque l'intensité et la continuité des interventions sont considérées ensemble, il ressort que 60 % de toutes les clientes familles n'ont pas rejoint les critères prévus au programme, à une période ou une autre de l'évaluation. Toutefois, la majorité d'entre elles n'apparaît pas être en situation d'extrême pauvreté. Il est aussi à noter que les critères d'intensité n'avaient pas été formellement clarifiés en équipe interdisciplinaire et qu'ils sont devenus plus exigeants en cours d'implantation.

4.1.2 L'accompagnement communautaire

Les résultats recueillis ont fait ressortir que l'organisme communautaire désigné n'a pu participer de façon aussi active et concertée que souhaité au suivi individuel du programme (ex. participation aux réunions de l'équipe interdisciplinaire ou intégration à certaines rencontres de suivi pour faciliter la référence et l'accès aux services). En fait, la collaboration assez étroite devant s'actualiser selon les principes du programme s'est limitée principalement à l'échange de références. De plus, à quelques occasions, le CLEF a participé à des activités de groupe dispensées par le CLSC. Ainsi, des liens se sont créés entre les deux ressources et une bonne entente et collaboration se sont établies. Toutefois, tel que préconisé dans le programme NÉ-GS, la collaboration aurait pu être plus étroite.

La raison principale expliquant ce manque d'interface entre le CLSC et l'organisme communautaire CLEF est que celui-ci n'était pas suffisamment subventionné pour assurer adéquatement, sur son territoire, certaines activités de base ou voire survivre. En effet, à un certain moment de l'évaluation, l'organisme a été fermé faute de fonds. En fait, l'instabilité de cet organisme a empêché d'offrir aux clientes familles des activités, de façon régulière, et près de chez elles.

En raison de sa situation précaire énoncée précédemment, il est bien évident que l'organisme CLEF n'a pu faire de nouveaux efforts pour rejoindre la clientèle très défavorisée du programme en adaptant ses activités, en les rendant plus attrayantes ou accessibles pour elles. Ce manque de consolidation de l'organisme désigné pour l'implantation du programme a donc nuit, de multiples façons, à l'actualisation du programme NÉ-GS, particulièrement pour le volet d'accompagnement communautaire.

Toutefois, les données recueillies sur l'actualisation de l'accompagnement communautaire ne sont pas complètes, puisque les représentants du CLEF n'ont pas été rencontrés de façon particulière en entrevue. Cela fait en sorte que le portrait des résultats est partiel ce qui est une faiblesse certaine de l'évaluation. Initialement, il était prévu que la coordination et les intervenants de l'organisme communautaire CLEF soient rencontrés en entrevue, puisqu'ils sont des acteurs clés très importants de l'implantation. Finalement, cela n'a pas été effectué lors du premier bilan, puisque celui-ci a davantage porté sur l'actualisation du suivi interdisciplinaire et la structuration du travail d'équipe du CLSC qui avaient sollicité beaucoup d'efforts. Enfin, lors du deuxième bilan complet, toute l'équipe du CLEF avait été récemment remplacée et les nouveaux venus n'étaient évidemment pas en mesure de fournir leur opinion sur le déroulement de l'implantation des deux dernières années.

De même, l'information sur la participation des clientes familles aux diverses activités de groupe offertes par le CLSC, ou encore, les ressources du milieu sont aussi un reflet partiel de la réalité. Les intervenants n'étaient pas toujours en mesure de transmettre l'information sur l'utilisation des diverses activités ou services par les clientes familles. Toutefois, ces données partielles indiquent qu'elles semblent peu utilisées.

Les clientes familles de Montmagny-Sud utilisent-elles suffisamment les ressources? L'expérience d'implantation du CLSC Le partage des eaux en Abitibi-Témiscamingue soulève un point de vue sur la question. Dans cette région, le volet d'accompagnement communautaire n'a pas été facile à réaliser au niveau prénatal et au cours des premiers mois de la vie de l'enfant, et ce, même si le CLSC applique NÉ-GS depuis de nombreuses années :

> « En prénatal, [...] l'accent est mis sur la grossesse et n'est pas toujours propice aux expériences de groupe, [...]. En postnatal, l'adaptation liée à l'arrivée du bébé et les besoins criants de ce dernier dans les premiers mois de la vie laissent peu de place à la cliente/famille pour penser à elle et s'octroyer du temps en dehors du noyau familial. » (Gasse, 2000 : 18)

Ainsi, cette participation modérée des clientes familles aux différentes activités ou ressources du milieu serait peut-être explicable par les caractéristiques particulières de la période qu'elles

traversent. Il est tout de même pertinent de s'assurer que le maximum soit fait pour favoriser cette participation.

Finalement, malgré cette hypothèse qui pourrait expliquer en partie les résultats obtenus, l'information recueillie indique que, pour différentes raisons, ce volet a été négligé tant dans l'implantation du programme que dans le processus d'évaluation de sa mise en œuvre. Il s'agit d'une lacune importante à soulever et à corriger puisque l'approche écologique est au cœur de la conceptualisation du programme NÉ-GS.

4.1.3 L'action intersectorielle

Un comité d'action intersectorielle spécifique au territoire de Montmagny-Sud a été mis en place et a tenu des rencontres régulièrement tout au long de la période d'évaluation de l'implantation du programme. Cette instance a impliqué une gamme large d'acteurs pouvant agir sur les déterminants de la santé des familles.

De plus, plusieurs éléments positifs ont été notés quant au fonctionnement de ce comité : une orientation et des buts communs, un climat d'ouverture et de confiance, une meilleure connaissance mutuelle des partenaires, une amélioration de la collaboration entre eux ainsi qu'une inclinaison à faire des actions concrètes. À cet effet, des actions prioritaires furent ciblées et plusieurs démarches furent réalisées dans le cadre du comité pour atteindre les objectifs fixés. D'ailleurs, les démarches concrétisées ont impliqué, à quelques reprises, tel que le dicte le programme, des actions d'influence.

Quelques améliorations gagneraient à être effectuées afin de structurer davantage le fonctionnement du comité et de maximiser son efficacité : établir annuellement un nouveau plan d'action après avoir effectué un bilan annuel et impliquer davantage les partenaires dans le choix et la réalisation des actions prioritaires. Il est aussi important de s'assurer que le plan d'action répond aux besoins des familles et être prudent à cet effet, puisque les besoins perçus par les divers intervenants du milieu peuvent être sensiblement différents de ceux qu'exprimeraient les familles.

Il semble donc que le volet d'action intersectorielle se soit implanté de façon assez satisfaisante. Quelques difficultés furent rencontrées, mais elles sont presque normales étant donné le relatif jeune âge de l'instance et selon l'information sur l'implantation du programme dans d'autres régions. En effet, il semble qu'il soit difficile d'intégrer les actions des divers organismes du

milieu et d'établir un plan d'action commun, puisque c'est un processus qui demande du temps (Goulet, 1999). Ce processus implique aussi, selon le même auteur, que les organismes communautaires associés ne soient pas en contexte de survie économique, ce qui n'est malheureusement pas le cas dans l'expérience d'implantation dont il est question ici. Cet organisme doit pouvoir être présent aux rencontres sans pénaliser ses propres activités et aussi être en mesure de participer à la réalisation du plan d'action, si nécessaire. La consolidation financière de l'organisme CLEF est ainsi associée étroitement à la réussite de l'implantation du volet intersectoriel du programme NÉ-GS.

Finalement, le comité intersectoriel devrait idéalement impliquer des familles en situation d'extrême pauvreté afin de véhiculer une valeur importante du programme : l'empowerment. Les expériences d'implantation effectuées antérieurement ont démontré que des représentants de la clientèle n'ont participé qu'exceptionnellement aux comités intersectoriels et que cela demeure un objectif et un défi (Boyer et Parisien, 1998). Le comité s'est questionné sur comment intégrer la clientèle au comité sans trouver et mettre en action de solution satisfaisante permettant à la clientèle de trouver sa place et de se sentir à l'aise dans ce processus. Comme cela a été mentionné précédemment, les familles ont été impliquées de façon minimale dans l'action intersectorielle et leur réalité a été transmise au comité intersectoriel par les intervenants de l'équipe de suivi.

La question de la participation des familles devrait toutefois peut-être être reconsidérée et plus d'efforts devraient y être investis. Un retour sur les raisons qui justifient l'implication des personnes défavorisées elles-mêmes dans les actions qui les concernent devrait être effectué afin de s'assurer que tous les comprennent et en cernent l'importance dans le programme NÉ-GS.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2004) élabore justement sur le sens et l'importance de l'implication des familles dans le document préliminaire décrivant la dernière mise à jour du programme :

> « Les familles demeurent les premiers acteurs concernés par les services intégrés en périnatalité et petite enfance. En effet, elles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins, de leurs projets. Leur point de vue est essentiel pour l'atteinte des objectifs visés. Leurs opinions et suggestions concernant les politiques, les projets, les activités et les approches sont importantes. Si elles ont des opportunités de s'exprimer, si elles sont écoutées et entendues, les familles peuvent influencer positivement l'ensemble des actions et projets réalisés. De plus, cette participation, qu'elle qu'en soit la forme, peut contribuer au renforcement de leur pouvoir d'agir. Plusieurs modes de participation

permettent de briser leur isolement et de les mettre en lien avec des lieux d'appartenance et de solidarité. » (MSSS, 2004 : 62)

Par rapport aux formes que peut prendre cette implication, les mêmes auteurs précisent :

« La notion même de participation doit être vue de façon large, englobant différentes formes et niveaux d'engagement. Certaines familles peuvent s'impliquer activement dans des projets collectifs. D'autres familles peuvent préférer faire connaître leur point de vue aux regroupements intersectoriels par le biais de l'intervenante privilégiée, ou encore, par la participation à des sondages sur les besoins des parents. Ce qui importe, c'est que les familles aient à leur portée différents moyens de se faire entendre, pour influencer la réalisation des projets qui les concernent et devenir, ainsi, des acteurs de changement dans la communauté. » (MSSS, 2004 : 63)

4.2 Objectif 2

Démontrer dans quelle mesure les intervenants rejoignent les familles en situation d'extrême pauvreté (et poursuivent une démarche continue avec elles[16]).

4.2.1 Proportion de naissances suivies par le CLSC

Une façon d'évaluer si la clientèle est rejointe a trait plus spécifiquement à la proportion des naissances de mères sous-scolarisées suivies dans le cadre du programme. En fait, 19 des 29 naissances suivies sont de mères sous-scolarisées, ce qui correspond à 17,1 % de toutes les naissances ayant eu lieu sur le territoire au cours de cette période. Ce taux dépasse la proportion de femmes défavorisées devant être recrutée. Ces résultats indiquent donc que la clientèle défavorisée serait rejointe par les services de suivi individuel du CLSC.

4.2.2 Caractéristiques des clientes familles suivies par le CLSC

De plus, d'autres analyses ont été effectuées portant sur les caractéristiques des clientes familles suivies. Il est ressorti que 25 clientes familles correspondant aux critères NÉ-GS auraient été rejointes et suivies pendant la période d'implantation évaluée. Cela correspond aux objectifs de recrutement fixés. Toutefois, il faut rappeler ici que notre stratégie d'évaluation de la défavorisation par le cumul de problèmes et la non atteinte du 5e secondaire est une estimation, bien imparfaite, de cette réalité. Il est possible que cette catégorisation soit trop large et que des femmes en situation de précarité soient considérées en situation d'extrême

16. Cette partie de l'objectif a déjà été discutée à l'objectif 1 et ne sera donc pas abordée de nouveau.

pauvreté. Si c'était le cas, une proportion moins grande de femmes serait donc recrutée. Néanmoins, il est à noter que l'équipe interdisciplinaire, quant à elle, considère toute la clientèle recrutée et suivie comme étant en situation d'extrême pauvreté.

4.2.3 Clientèle rejointe par les organismes communautaires

Selon les intervenants des ressources communautaires de la région, les clientes les plus défavorisées ne sont pas toutes rejointes par leurs services : celles-ci seraient plus méfiantes, moins faciles à recruter et à retenir dans les services. Ce problème a été perçu et soulevé par le comité intersectoriel afin que des solutions soient apportées à cette réalité. Puisque le CLSC semble rejoindre cette clientèle plus défavorisée, à tout le moins en partie, la référence aux services communautaires pourrait se faire plus facilement par leur intermédiaire. Toutefois, tant que les services de la communauté ne seront pas mieux consolidés, il sera difficile de faire des efforts supplémentaires nécessaires pour rencontrer cette clientèle spécifique.

4.2.4 Clientèle rejointe versus clientèle ciblée

La clientèle NÉ-GS semble donc avoir été rejointe, mais pas vraiment ciblée de façon prioritaire. Comme cela a été précisé précédemment, le choix de l'équipe a été de ne pas viser uniquement les clientèles en situation d'extrême pauvreté, mais de prendre aussi les clientes familles en situation de précarité.

Le fait d'inclure des familles moins vulnérables dans les charges de cas au programme peut faire en sorte que l'équipe ne dispose plus du temps et de l'énergie nécessaire pour recruter, ou encore, dispenser l'intensité de services requise auprès des femmes les plus en situation de besoin. Le programme NÉ-GS est justement conceptualisé, tel qu'il l'est, pour éviter ce genre de situation et son objectif est de mettre toutes les conditions en place pour offrir une intervention intense, continue et de qualité aux clientes familles qui sont le plus en besoin et sont donc les plus à risque de mettre au monde et d'élever des enfants qui auront ou développeront toutes sortes de problèmes de santé ou des retards de développement. Voici ce que disent, à ce propos, Martin et Boyer (1995) dans le document décrivant le programme :

> « Les familles en situation d'extrême pauvreté sont les plus négativement affectées si l'on considère les indicateurs de santé et les taux de mortalité et de morbidité. Elles utilisent moins les services de santé et, en particulier, les services préventifs, pour toute une série de raisons déjà bien documentées. Si elles utilisent moins les services à leur disposition et sont,

par conséquent, moins rejointes par nos interventions, c'est aussi parce qu'elles ont rarement fait l'objet d'interventions qui leur étaient spécifiquement destinées et dont l'approche était particulièrement adaptée à leurs besoins. En les incluant dans une population défavorisée dans un sens trop large (c'est-à-dire en ne tenant pas compte de l'intensité de leur pauvreté et en visant tant les familles vivant dans la précarité que celles vivant dans la grande pauvreté), en ne déployant pas tous les efforts nécessaires pour approcher et rejoindre le segment de la population défavorisée le plus exclus et le plus démuni, l'expérience nous indique que les familles en situation d'extrême pauvreté ne seront tout simplement pas rejointes et ne pourront bénéficier des services auxquels elles ont droit. » (Martin et Boyer, 1995 : 11)

Il semble donc que choisir de ne pas cibler spécifiquement les clientes les plus défavorisées puisse être une décision plus ou moins en accord avec les principes justifiant la pertinence des interventions
NÉ-GS.

4.3 Objectif 3

Identifier les stratégies qui ont été favorables à l'implantation du programme

Les conditions favorables à l'implantation soulevées dans le cadre de cette évaluation recoupent beaucoup celles retrouvées dans la littérature. Certaines ont été vécues comme tel dans l'expérience d'implantation et d'autres ont été énoncées comme pistes de solutions face à certaines embûches rencontrées. Certaines furent relatées par les acteurs de l'implantation, d'autres ont été constatées par l'observation et l'analyse du processus dans le cadre de cette évaluation. Voici chacune des conditions favorables ressorties ainsi qu'une brève réflexion sur l'actualisation de cette condition dans Montmagny-Sud.

1. **Les personnes impliquées de près dans le processus d'implantation doivent adhérer au programme, en ses principes et en son importance.**

2. **Les personnes impliquées dans le processus d'implantation doivent avoir une vision commune des valeurs véhiculées par le programme et de la clientèle desservie par celui-ci.**

Il est important que les intervenants du CLSC, de la ressource communautaire désignée ainsi que des autres partenaires de l'intersectoriel soient bien informés sur le programme, sur ses principes, sur la clientèle qu'il doit desservir. Cette sensibilisation a été effectuée initialement par la responsable du dossier à la DSP, lors du colloque de lancement par la suite, ainsi que par la formation sur la pauvreté offerte lors de la première année à tous les partenaires impliqués.

Il est important aussi que les intervenants de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires du comité intersectoriel échangent ensemble sur ce qu'est la clientèle très défavorisée de leur milieu ainsi que sur l'importance de la cibler de façon particulière. De même, des discussions doivent être tenues sur les façons d'intervenir avec elle.

Quelques discussions sur ces thèmes ont été tenues au sein de l'équipe de suivi, mais peu au sein du comité intersectoriel. L'importance de ces débats semble avoir été sous-estimée et des lignes directrices claires n'ont donc pas été tracées dès le début de l'implantation. Selon les observations et l'analyse effectuée, certains éléments globaux du programme ont donc été partagés (information générale sur le programme et la clientèle), mais d'autres plus fins et importants n'ont pas été débattus suffisamment (pauvreté versus extrême pauvreté et philosophie d'intervention).

3. L'implantation nécessite le soutien explicite des décideurs des organisations concernées, en particulier du CLSC, puisque celui-ci assure tout le volet de suivi intensif et exerce un leadership quant à l'implantation de tout le programme.

La direction du CLSC de Montmagny ainsi que la coordination de l'équipe Famille/Enfance/Jeunesse ont tout d'abord initié eux-mêmes la démarche d'implantation en manifestant leur intérêt pour le programme à la Direction de santé publique. De même, ils n'ont pas hésité à réaménager leurs ressources et à dégager un minimum de budget pour rendre cette implantation possible. Leur ouverture au processus d'évaluation de l'implantation rend également compte de leur bonne foi et de leur souci d'implanter avec succès ce programme complexe et exigeant en termes de ressources.

Par contre, au quotidien, il n'a pas été facile pour les intervenants impliqués de se dégager de leurs autres responsabilités pour effectuer toutes les tâches qui étaient nécessaires à l'implantation (structurer de nouveaux outils, faire des plans d'intervention, discuter de certains enjeux) et cela n'était pas, de façon évidente, associé à un manque de volonté de leur part. Chacune des personnes faisant partie de l'équipe interdisciplinaire avait d'autres responsabilités dans d'autres programmes ou avec d'autres clientèles et manquaient de temps pour faire tout ce qui était souhaité. Par ailleurs, les intervenants ont manifesté le besoin de plus de supervision et de soutien pour leur travail d'équipe interdisciplinaire auprès de la clientèle.

Ainsi, l'organisation a mis en place certaines conditions facilitant l'implantation du programme (réorganisations des ressources, mise en priorité du programme), mais de façon concrète, plus de temps libéré pour actualiser le programme ainsi que plus de supervision auraient été utiles

pour améliorer le processus d'implantation et soutenir l'adoption de ces nouvelles pratiques. Ce programme nécessite un effort particulier de planification, d'organisation des ressources ainsi qu'un suivi serré de la démarche d'implantation.

4. L'organisme communautaire choisi pour jouer un rôle central dans l'implantation doit être bien consolidé au niveau financier.

Comme cela a été discuté dans le texte qui précède, cette condition favorable ne s'est pas actualisée dans l'expérience d'implantation évaluée ici. L'organisme CLEF n'avait pas le financement nécessaire pour rendre disponibles et accessibles certains services aux familles en tout temps.

Cette situation a beaucoup limité le déploiement du volet d'accompagnement communautaire ainsi que la réalisation d'actions intersectorielles. En fait, une proportion importante des énergies déployées au sein du comité intersectoriel l'ont été pour corriger l'absence de cette condition essentielle, plutôt que pour générer et actualiser des projets visant à améliorer plus concrètement les services et la qualité de vie des familles défavorisées. Cette situation, qui handicape le processus d'implantation, se doit d'être corrigée.

Des actions d'influence auraient été nécessaires à ce propos et ne pouvaient se limiter exclusivement au palier local. Boyer et Laverdure (2000), dans l'avis de l'Institut national de santé publique sur le déploiement du programme, soulignent, à cet effet, la responsabilité qu'ont les instances régionales et provinciales dans l'implantation d'un programme comme Naître égaux—Grandir en santé, particulièrement en termes d'actions d'influence :

> « [...] il ne faut pas trop tarder à s'y engager (faire des actions d'influence), à impliquer les familles dans ce processus, à clarifier ce qui relève du palier local, mais aussi du palier régional ou même national. En effet, en inscrivant NÉ-GS comme voie d'action prioritaire, le MSSS, les Régies régionales et les établissements deviennent également porteurs à leur niveau d'une responsabilité à l'égard de la réduction des sources des inégalités sociales et de santé. » (Boyer et Laverdure, 2000 : 29)

5. Le processus d'implantation devrait être soutenu de façon explicite par les instances décisionnelles régionales et provinciales.

Soutien financier

Le programme NÉ-GS est un programme complexe et coûteux en termes de ressources, en raison de l'intensité de l'intervention qu'il requiert ainsi que de son aspect écologique qui

nécessite des actions concertées et exige du temps et des énergies pour planifier, organiser et mettre en œuvre tout le processus.

Un programme de cette envergure peut difficilement être mis en place sans un minimum de soutien régional et provincial. Ainsi, la DSP a offert un soutien en offrant information, formations et suivi du processus, particulièrement aux étapes initiales de l'implantation. Par contre, aucun soutien financier n'a été offert pour l'implantation de ce programme, pourtant considéré comme prioritaire tant dans le programme national de santé publique 1997-2002, que dans celui révisé de 2003-2012. Quelques impacts de cette situation, déjà soulevés précédemment, furent ressentis au niveau des trois volets du programme.

Dans d'autres expériences d'implantation réalisées (Bilodeau et autres, 2003; Gasse, 2000; Perreault et autres, 2000), un certain financement au niveau des équipes de suivi du CLSC, du comité intersectoriel ou des organismes communautaires, selon le cas, était assuré. Dans une évaluation récente des effets de la stratégie «renforcement du potentiel individuel» sur la compétence parentale, il a été constaté que l'évaluation a porté sur un programme modifié en raison, en grande partie, d'un sous-financement, ce qui n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. D'ailleurs, voici ce qui a été conclu de cette évaluation :

> « [...] les ressources qui auraient permis au programme d'être appliqué tel que conçu n'y ont pas été consacrées. L'évaluation présentée dans ce rapport a donc porté sur un programme amputé et modifié. [...] Ainsi, si une leçon peut être tirée des résultats de cette recherche, c'est que lorsque la priorité en prévention/promotion est d'appliquer un programme national, il faut s'assurer d'y consacrer les ressources humaines et matérielles nécessaires. » (Piché et autres, 2003 : 33)

Dans ce cas-ci, l'absence de soutien financier semble avoir limité l'implantation. L'équipe a effectivement dû faire certaines concessions pour tenir compte des ressources disponibles. Les choix relatifs à l'organisation des ressources étaient associés au contexte qui prévalait lors de la période d'implantation.

La mise en priorité de la clientèle

Par ailleurs, la littérature soulève la difficulté à combiner l'intensité NÉ-GS avec le maintien de l'offre de service à l'ensemble de la population en périnatalité et petite enfance. Voici les propos de deux auteurs au sujet de cette difficulté :

> « Plus précisément, le manque de ressources est souvent identifié comme un obstacle majeur pour desservir à la fois un plus grand nombre de familles très vulnérables et maintenir l'offre de service à l'ensemble de la population en périnatalité et petite enfance. Ceci est particulièrement criant dans le champ de l'intervention postnatale, où les répondants régionaux constatent une érosion importante de l'intensité recommandée. » (Boyer et Laverdure, 2000 : 26)

> « Ce programme, à cause de la fréquence, de la durée et de l'intensité des interventions, est très exigeant en ressources et en énergies (particulièrement pour les CLSC). [...] Ce type de programme ne peut évidemment pas être offert, dans son intégralité, à l'ensemble des familles. De plus, le démarchage pour rejoindre les familles visées amène de nouvelles demandes provenant de familles qui ne rencontrent pas les critères permettant de bénéficier du programme. Il faut donc prévoir des façons de traiter ces demandes tout en tenant compte des ressources disponibles (ex. : leur offrir des services moins intenses, des rencontres de groupe plutôt qu'individuelles, les référer à d'autres ressources...). » (Goulet, 1999 : 7)

Ainsi, pour un programme aussi exigeant au niveau des ressources, il peut être mal avisé de ne pas distinguer correctement la clientèle qui requiert l'intensité de services NÉ-GS et les autres clientèles. Cela ne peut qu'exacerber la difficulté à maintenir l'intensité recommandée, qui est déjà présente.

De la même façon, il est nécessaire que les équipes d'implantation ainsi que les instances régionales et provinciales devant les soutenir soient bien conscientes des exigences de ce programme en termes de ressources.

4.4 En résumé, les forces, les pistes d'amélioration et les éléments de questionnement

4.4.1 Les points forts

Les résultats de l'évaluation de l'expérience réalisée dans Montmagny-Sud ont mis à jour plusieurs points positifs touchant différents aspects de l'implantation. Le tableau suivant regroupe ces différents points.

Principales forces de l'expérience d'implantation de NÉ-GS dans Montmagny-Sud

Implantation dans un milieu en besoin

- Milieu particulièrement défavorisé
- Milieu avec hauts taux de prématurité et de faible poids
- Manque de moyens pour répondre à la clientèle
- Clientèle cible semble rejointe

Précocité et intensité de l'intervention

- Intervention débute tôt, bons délais
- Critères d'intensité semblent corrects (bon %) :
  - au prénatal
  - plus de trois mois après naissance

Équipe d'implantation favorable

- Noyau d'intervenants assez stable
- Équipe qui adhère au projet
- Soutien de la coordination et direction du CLSC :
  - réaménagement des ressources
  - investissement d'argent nouveau

Bon départ de l'action intersectorielle

- Plusieurs partenaires du milieu mobilisés
- Certaines actions prioritaires ciblées et réalisées
- Actions d'influence réalisées

Équipe de suivi interdisciplinaire adéquate

- Composition de l'équipe adéquate
- Rencontres régulières
- Soutien, échanges, discussions de cas
- Amélioration du travail d'équipe en cours d'implantation
- Modalités de références instaurées avec les médecins et le CLE

Accompagnement communautaire, un début

- Bons liens entre organismes communautaires et CLSC
- Références mutuelles entre partenaires

Apport global du programme

Au sein de l'équipe interdisciplinaire :

- amélioration de la qualité de l'intervention
- amélioration du travail d'équipe
- meilleure sensibilisation des intervenants à la problématique

Au sein du comité intersectoriel :

- amélioration de la connaissance des ressources
- amélioration de la collaboration interressources

Soutien global satisfaisant de la DSP

- Information et formations
- Disponibilité et présence

4.4.2 Les aspects à améliorer ou à questionner

D'autres aspects de l'implantation sont ressortis comme étant toutefois à améliorer ou encore à questionner, puisqu'ils ne concordent pas avec ce qui est prévu au programme NÉ-GS tel que conceptualisé. Ces éléments sont tous regroupés au tableau suivant.

Principaux aspects à améliorer de l'expérience d'implantation de NÉ-GS dans Montmagny-Sud

La clientèle recrutée n'est pas exclusivement en situation d'extrême pauvreté

- L'équipe cible la clientèle vulnérable sans distinction quant à l'intensité de la défavorisation
- Quelques clientes semblent en situation de précarité plutôt qu'en situation d'extrême pauvreté

Les critères d'intensité et de continuité du suivi ne sont pas atteints pour une certaine proportion de la clientèle

- Les critères d'intensité pour le suivi postnatal 0-3 mois : atteints pour proportion faible ou très variable
- 20 % des clientes familles : arrêt de suivi avant que l'enfant n'ait l'âge de deux ans
- 16 % des clientes familles : arrêt de suivi pour une amélioration de leur situation économique

Quelques améliorations à apporter au fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire

- L'équipe nécessite plus de soutien et de supervision pour améliorer ses pratiques
- L'équipe doit effectuer des plans d'intervention en équipe pour toutes les clientes familles NÉ-GS
- L'équipe doit reconsidérer son choix de faire le suivi à trois intervenants en prénatal

L'accompagnement communautaire est un volet peu actualisé de l'expérience d'implantation

- L'organisme communautaire désigné n'est pas du tout consolidé au niveau financier
- Des activités sont offertes, mais avec peu de régularité ou d'accessibilité
- Il y a un manque de données disponibles sur l'utilisation des ressources et activités

Quelques améliorations à apporter au fonctionnement du comité intersectoriel

- Les actions doivent mettre à profit davantage de partenaires
- Les partenaires souhaitent réaliser un plan d'action plus formel
- Les familles en situation d'extrême pauvreté doivent participer, d'une façon ou d'une autre, à l'action intersectorielle

Quelques améliorations à apporter au soutien régional et provincial

- Exercer un rôle d'influence pour le financement de l'organisme communautaire pivot
- Offrir quelques autres outils et formations (empowerment, attachement parental, etc.)
- Assurer un certain financement du programme permettrait de mieux assurer l'intensité et la continuité des interventions

Il ne faut toutefois pas que les éléments, qui divergent plus ou moins du programme, soient nécessairement vus de façon négative. L'étude de Bilodeau et autres (2003), sur le déploiement du programme dans les Laurentides, soulève qu'une adaptation mutuelle du programme et du milieu garantit, selon ces auteurs, la viabilité du programme dans le temps :

> « Pour qu'un programme soit adopté avec succès, et qu'il demeure viable dans le temps, il faut qu'il puisse être adapté de façon continue. [...] Un programme adapté aux conditions du milieu a toutes les chances d'y avoir été inséré par un réseau d'acteurs actifs et engagés, porteurs du programme, se sentant concernés par sa vitalité. » (Bilodeau et autres, 2003 : 96)

C'est d'ailleurs ce qui a été observé dans l'expérience d'implantation de Montmagny-Sud : les intervenants de l'équipe interdisciplinaire croyaient au projet et ont continué d'y adhérer parce qu'ils savaient qu'ils avaient un pouvoir sur la définition de leur façon de travailler, qu'ils pouvaient adapter le programme à leur réalité.

De même, il semble que l'Avis sur le déploiement de l'INSPQ invite les acteurs régionaux à implanter le programme NÉ-GS dans une logique adaptative avec le milieu sans toutefois perdre de vue les fondements de ce programme (Bilodeau et autres, 2003). L'œil évaluatif doit donc faire preuve de souplesse, car un programme n'est pas simplement transposé sur un autre territoire : il est traduit. Cette traduction résulte de rapports de force entre les acteurs et institutions impliquées dans l'implantation. Toutefois, certains aspects du programme sont primordiaux et ne doivent pas être adaptés, afin de préserver l'essence du programme et sa capacité à atteindre les objectifs (Boyer et Laverdure, 2000).

4.5 Limites de l'évaluation

L'évaluation effectuée a permis de recueillir suffisamment d'information pour documenter les questions de recherche. De façon générale, un regard critique devait être posé sur l'implantation du programme NÉ-GS dans la MRC de Montmagny pour en évaluer la faisabilité et en tirer profit pour la poursuite de l'implantation au plan régional.

Des choix méthodologiques ont donc été effectués en fonction des circonstances de l'étude et des ressources disponibles. Certaines limites résultent de ces choix.

4.5.1 Le point de vue, non recueilli, de certains acteurs clés

La principale limite de cette évaluation est qu'elle n'inclut pas, pour diverses raisons de logistique ou de ressources, l'opinion de certains acteurs clés, soit celle des représentants de l'organisme communautaire pivot ainsi que celle des clientes familles ayant reçu les services du programme. Le recueil de ces points de vue aurait permis d'effectuer un portrait plus complet de l'implantation. Par exemple, l'opinion des familles sur l'alternance des intervenants à la période de suivi prénatal aurait probablement permis de répondre à nos questionnements sur le caractère adéquat de cette pratique. L'équipe n'a pas constaté d'effet nuisible de cette pratique, mais les effets n'ont pas été investigués auprès de la clientèle. Ce serait une piste de recherche intéressante, puisque l'intervenante privilégiée est considérée, dans le programme NÉ-GS, comme étant un ingrédient essentiel visant à atténuer les résistances des clientes familles très défavorisées. De même, les représentants de l'organisme communautaire désigné pour l'implantation auraient pu faire part de leurs perceptions quant au processus d'implantation et de leurs attentes quant à l'amélioration celui-ci.

4.5.2 L'absence d'analyse des dossiers des clientes familles

Il aurait peut-être été opportun de jeter un regard sur certains dossiers de suivi des clientes familles du programme NÉ-GS, en complément aux analyses déjà effectuées, afin d'obtenir une vision plus complète ou nuancée du travail effectué par les intervenants, des caractéristiques de la clientèle et de leur utilisation des ressources. Toutefois, il aurait été coûteux, en termes de temps de collecte et d'analyse, de faire ce genre de démarche, considérant toutes les autres démarches visant à recueillir les données qui devaient aussi être effectuées.

4.5.3 Fréquence et structure des remises en question

Il aurait peut-être été plus utile que les bilans évaluatifs soient faits un peu plus fréquemment. Toutefois, toutes sortes de contraintes n'ont pas permis de le faire. Néanmoins, il semble que le processus d'évaluation a quand même suivi le rythme de l'implantation, soit la capacité du milieu à se remettre en question, à implanter les différentes composantes et à s'améliorer en ce sens. En fait, pour l'équipe d'implantation, il n'a pas toujours été simple et facile d'implanter ce programme en maintenant le reste des responsabilités qu'elle avait à assumer. L'évaluation devait aussi prendre en compte et respecter cette réalité.

CONCLUSION

L'implantation du programme NÉ-GS dans Montmagny-Sud, une histoire à raconter…

Comment ça commence?

C'est une histoire qui commence dans un milieu comptant beaucoup de familles défavorisées et cherchant de nouveaux modes d'intervention pour elles. Le programme NÉ-GS se révèle être une possibilité intéressante, puisqu'il est développé spécifiquement pour la clientèle en situation d'extrême pauvreté et combine, selon la littérature sur le sujet, diverses composantes assurant l'efficacité des interventions auprès de cette clientèle.

Toutefois, il s'agit d'un programme complexe et exigeant en termes de ressources. Il privilégie l'approche écologique et comporte trois volets différents : le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle pour agir sur les différents déterminants de la santé des familles défavorisées. C'est un programme tellement prometteur qu'il fait partie des priorités du Programme national de santé publique 1997-2002.

Le CLSC de Montmagny, secteur de Saint-Fabien-de-Panet, dans la portion sud de la MRC de Montmagny, décide donc d'implanter ce programme au printemps 2001. Les responsables souhaitent le faire avec un réaménagement de ressources, un certain investissement budgétaire, et le soutien de la DSP. Le processus démarre donc avec la volonté et l'adhésion de cette équipe au programme NÉ-GS.

Qu'est-ce que cela a suscité?

L'équipe d'implantation du CLSC s'organise et mobilise sa communauté. Elle structure l'équipe interdisciplinaire pour assurer le suivi individuel de cette nouvelle façon, elle démarre le comité intersectoriel et tente de collaborer au mieux avec les ressources communautaires existantes

dans le milieu. Cette démarche n'est pas parfaite, mais elle est remplie d'efforts soutenus et de bonne volonté. Plusieurs étapes dans l'implantation du programme NÉ-GS sont ainsi franchies.

Malgré les difficultés rencontrées, l'implantation crée de la satisfaction chez les intervenants du CLSC ainsi qu'une amélioration de la qualité du travail d'équipe et de leurs interventions. Elle suscite une amélioration des liens de collaboration entre les partenaires, des actions pour améliorer les conditions de vie et les services ainsi que des espoirs dans le milieu communautaire. De tout cela naît, dans le milieu, une amélioration de la connaissance de la problématique de la pauvreté et une motivation renforcée pour tenter d'améliorer les choses.

Quels semblent être les ingrédients essentiels pour l'implantation de ce programme dans les autres territoires de la région?

Le programme s'implante dans les autres territoires de la région depuis le 1er septembre 2004. L'Agence de services de santé et de services sociaux a conclu deux ententes de gestion à cette fin : l'une avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'autre avec les centres de santé et de services sociaux de la région. L'évaluation a permis de mettre en relief tout le déroulement du processus d'implantation pour les trois volets du programme, tant au niveau des éléments qui se sont bien déroulés que pour ceux qu'il fut plus difficile d'actualiser.

Des éléments apparaissent particulièrement importants à soulever à la lumière de cette expérience. Il est clair que pour favoriser la réussite d'une entreprise de cette envergure, la volonté de l'organisation doit être ferme. Il faut que les acteurs clés engagés dans cette démarche adhèrent au programme, soient prêts à le mettre en priorité, à réaménager les ressources ainsi qu'à changer certaines pratiques.

De plus, ce programme complexe nécessite un effort particulier de planification et d'organisation des ressources de même qu'un suivi serré de la démarche d'implantation. Un leadership doit donc être exercé à cette fin, tant au niveau de l'équipe interdisciplinaire que pour l'actualisation des volets intersectoriel et communautaire. Une tâche importante attend donc les organisations au cœur de l'implantation de ce programme : les centres de santé et de services sociaux. Pour la réaliser, les intervenants et les gestionnaires impliqués doivent idéalement être suffisamment disponibles, particulièrement au cours de la première année d'implantation, afin de pouvoir traverser les différentes étapes favorisant le succès de la démarche.

Finalement, le soutien provincial et régional apparaît indissociable de cette entreprise et indispensable à son succès. Ce programme est une priorité nationale de santé publique. Les politiques des instances régionales et provinciales doivent donc lui poser des conditions favorables. D'ailleurs, une amélioration est notée à ce niveau, puisqu'un financement récurrent est maintenant obtenu du Ministère pour implanter NÉ-GS dans toute la région.

Qu'est-ce qu'il faut finalement en conclure?

À la question,

> « Dans la portion sud de la MRC de Montmagny, a-t-on réussi à implanter NÉ-GS sans apport budgétaire des instances régionales ou provinciales? »,

la réponse serait :

> « Oui, en partie. L'expérience démontre que ce n'est pas facile, car le programme est exigeant et complexe. Quelques distinctions mineures sont ressorties et reflètent une étape dans le processus de changement de pratique. Des améliorations sont souhaitées à ces niveaux. D'autres divergences sont toutefois plus importantes et méritent réflexion, puisqu'elles réfèrent à des ingrédients considérés essentiels au programme. Certaines adaptations ont néanmoins été faites pour tenir compte des ressources limitées disponibles ou résultent de celles-ci. »

À cette autre question,

> « L'implantation du programme a-t-elle contribué à améliorer les services offerts aux familles défavorisées du milieu? »,

la réponse serait :

> « Même si l'objectif de l'évaluation n'était pas de répondre à cette question, elle a permis de constater que le programme a été une inspiration, un modèle pour structurer les efforts des partenaires du milieu afin de mieux soutenir sa population démunie. »

L'équipe de Montmagny-Sud et ses partenaires se sont mobilisés et ont fait un bout de chemin dans une voie prometteuse pour améliorer les services aux familles vivant dans la pauvreté. Plusieurs mois après la fin de l'évaluation, l'équipe oeuvre toujours au programme NÉ-GS et ses trois volets continuent de se bonifier.

À l'échelle provinciale et régionale, d'autres actions devraient être posées afin de s'assurer de soutenir ce genre d'initiative, de garder cette belle flamme allumée...

BIBLIOGRAPHIE

BILODEAU, A., C. LEFEBVRE et D. ALLARD. Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs. Le cas du déploiement du programme Naître égaux — Grandir en santé dans la région des Laurentides, Institut national de santé publique du Québec, 2003, 122 p.

BOYER, G., D. BEAUREGARD et Y. MARCHAND. Naître égaux — Grandir en santé, vous connaissez?, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 2000, 33 p.

BOYER, G., et J. LAVERDURE. Le déploiement des programmes intégrés de type Naître égaux — Grandir en santé au Québec, Avis de l'Institut national de santé publique du Québec, Québec : INSPQ, 2000, 44 p.

BOYER, G., et D. PARISIEN. Naître égaux — Grandir en santé. Évaluation participative des priorités régionales de prévention-promotion de la santé et du bien-être, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1998, 80 p.

DÉSILETS, E. Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté : guide de formation et d'animation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2000, 95 p.

DESROSIERS, H. Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1998, 130 p.

GASSE, M. De tout ♥. Naître égaux — Grandir en santé / CLSC Le partage des eaux, CLSC Le partage des eaux, Rouyn-Noranda, 2000, 40 p.

GIGNAC, J. Présentation du projet Évaluation de la mise en œuvre du programme Naître Égaux — Grandir en santé dans la MRC de Montmagny pour le Programme de subventions en

santé publique, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services de Chaudière-Appalaches, 2001, 7 p.

GOULET, J. Naître égaux — Grandir en santé. Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1999, 30 p.

PROGRAMME NAÎTRE ÉGAUX — GRANDIR EN SANTÉ, [Visioconférence], réalisateur : HIVON-LIZÉ, T., Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de santé publique, 2002, 19 p.

JOHNSON, H., et S. ROY. L'approche participative pour favoriser l'utilité de l'évaluation, Groupe de consultants Johnson et Roy inc., 2001, 2 p.

JOLICŒUR, et autres. Programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité de type Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) : Rapport de consultation : État de situation, recommandations et créneaux de développement, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 2001, 37 p.

MARTIN, C., et G. BOYER. Naître égaux — Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité, ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction de santé publique de Montréal-Centre, 1995, 213 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence (version préliminaire), Directions des communications, janvier 2004, 107 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Résumé du cadre de référence, Direction des communications, 2004, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Priorités nationales de santé publique, 1997-2002, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. Programme national de santé publique, 2003-2012, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. Un Québec fou de ses enfants, Rapport du groupe de travail sur les jeunes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991, 179 p.

OUELLET, F., M. PAIEMENT et P.H. TREMBLAY. L'action intersectorielle, un jeu d'équipe, Direction de santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 1995, 73 p.

OUELLET, F., et autres. L'empowerment dans Naître égaux — Grandir en santé, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 40 p.

PERREAULT, M., et autres. Évaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000, 365 p.

PICHÉ, C., et autres. Naître égaux — Grandir en santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003, 44 p.

RENAUD, S. Évaluation d'implantation du programme Naître Égaux — Grandir en santé au CLSC La Source : une recherche participative, Mémoire (M. S. soc.) Université de Sherbrooke, 2000, 176 p.

ANNEXE

Outils de collecte de données

Bilans interdisciplinaires et généraux

Entrevue individuelle avec les membres de l'équipe interdisciplinaire NÉGS

A) Réorganisation du travail et quantité de temps libéré pour NÉGS

Combien de temps êtes-vous libéré chaque semaine pour le programme NÉGS ?

Le temps libéré est-il suffisant à votre avis? Expliquez.

Utilisez-vous réellement ce _____ de temps libéré sur le programme NÉGS chaque semaine?

Si non, pourquoi?

Comment l'implantation du programme NÉGS a-t-elle modifié votre façon de travailler au CLSC?

Avez-vous dû laisser de côté certaines tâches ou responsabilités pour intégrer NÉGS à votre horaire?

Si oui, est-ce que cela a été difficile pour vous? Expliquez.

Rencontrez-vous des problèmes dans l'organisation de votre travail en CLSC depuis que NÉGS est en implantation?

Si oui, lesquels?

Si oui, qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer la situation?

À quel point les modalités de fonctionnement de l'équipe quant au temps libéré et à la façon de réorganiser votre travail au CLSC sont-elles bien clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont vous avez réorganisé votre travail pour implanter NÉGS ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	1	2	3	4

B) Offre de services aux femmes

Qui fait l'offre de services aux femmes?

Comment fait-on l'offre de services aux femmes, que leur dit-on exactement?

Lorsque le programme NÉGS est offert aux femmes, comment réagissent-elles? Sont-elles portées à accepter facilement, pleines d'hésitation ou autres. Expliquez, donnez des exemples.

Les femmes savent-elles ce qu'est globalement le programme NEGS (les 3 volets impliqués), par exemple que des gens travaillent en comité pour améliorer les services offerts dans la communauté?

À quel point la façon d'effectuer l'offre de services NEGS est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont s'effectue actuellement l'offre de services?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à l'offre de services?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

C) Sélection de la clientèle

Qui est responsable de déterminer si chacune des femmes rencontre les critères de sélection pour recevoir le programme NÉGS?

Comment procédez-vous pour déterminez si une femme rencontre les critères de sélection pour recevoir le programme NÉGS?

Est-ce que les femmes acceptent facilement de fournir les informations nécessaires afin de bien évaluer si elles correspondent aux critères de sélection du programme? Expliquez.

À quel point la façon de sélectionner la clientèle NEGS est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroule actuellement la sélection de la clientèle NEGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à la sélection de la clientèle NEGS?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

D) Outils de cueillette de données et de planification de l'intervention en équipe

Quels outils prenez-vous, **personnellement**, pour recueillir l'information sur la clientèle NÉGS et intervenir auprès d'elle?

Utilisez-vous les mêmes outils qu'avant l'implantation de NÉGS?

Rassemblez-vous l'information sur la clientèle NÉGS à partir d'un outil **commun à tous les intervenants**?

> **Si oui**, trouvez-vous utile cette démarche d'unification de l'information? Expliquez.

Effectuez-vous une évaluation des besoins de chacun des clients et un plan d'intervention **en équipe** ?

> **Si oui**, de quelle façon cela se fait-il concrètement? Donnez des exemples pour illustrer.
>
> **Si oui**, trouvez-vous utile cette démarche de planification de l'intervention en équipe? Expliquez.
>
> **Si oui**, comment apportez-vous votre contribution dans cette démarche?

Comment faites-vous concrètement pour ajuster le travail de plusieurs intervenants auprès de la même cliente? Donnez des exemples pour illustrer.

Avez-vous établi en équipe une certaine philosophie d'intervention (façon d'aider le client, valeurs d'intervention, approche) pour la clientèle NÉGS?

> **Si oui**, comment décririez-vous cette philosophie d'intervention?
>
> **Si oui**, comment vous y prenez-vous pour appliquer cette philosophie dans vos interventions avec les clientes NÉGS? Comment cela s'applique concrètement?

À quel point la façon de recueillir l'information et de planifier l'intervention NEGS sont-elles clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroulent actuellement la cueillette des informations et la planification de l'intervention ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à ces aspects?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

E) Rôle de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire

La composition de l'équipe NÉGS vous apparaît-elle adéquate? Expliquez.

Votre rôle dans l'équipe NÉGS est-il clairement clarifié?

Comment décririez-vous le rôle d'un _____ dans l'implantation et l'application du programme NÉGS?

Votre rôle est-il clairement clarifié et compris, à votre avis, par les autres membres de l'équipe NÉGS?

À quel point les rôles de chacun des membres de l'équipe sont-ils clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se concrétisent actuellement les rôles de chacun des membres de l'équipe NÉGS ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

F) Déroulement des rencontres de l'équipe NÉGS

Jusqu'à présent, selon vous, à quoi servent les réunions d'équipe NÉGS?

Vous est-il arrivé d'apporter des situations vécues avec des clients lors des réunions afin d'obtenir le point de vue de vos collègues pour bonifier votre intervention?

Si oui, combien de fois est-ce arrivé? _____

Si oui, à quel point cette démarche vous a-t-elle aidé généralement ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point la façon de procéder pour la tenue des rencontres interdisciplinaires sont-elles clarifiées (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des modalités de déroulement des rencontres interdisciplinaires (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant au déroulement des rencontres interdisciplinaires?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

G) Distribution des suppléments alimentaires

Qui est responsable de la distribution des suppléments alimentaires?

Comment s'effectue cette distribution concrètement, quelles sont les différentes étapes de cette distribution?

Les clientes NÉGS semblent-elles satisfaites de la façon dont s'effectue la distribution?

À quel point la façon de procéder pour distribuer les suppléments alimentaires est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroule actuellement la distribution des suppléments alimentaires?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à la distribution des suppléments alimentaires?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

H) Description des interventions ou démarches NÉGS effectuées :

Avez-vous rencontré des clientes NÉGS en suivi individuel depuis le début de l'implantation du programme ?

- **Si oui**, combien de clientes environ jusqu'à présent?
    - Spécifiez le nombre de clientes en pré-natal et en post-natal.

- **Si oui**, à quelle fréquence rencontrez-vous en général chacune des clientes en suivi individuel ?

    - Spécifiez la fréquence en pré-natal et en post-natal.

Avez-vous rencontré des clientes NÉGS dans des contextes d'intervention de groupe ?

- **Si oui**, combien de clientes environ jusqu'à présent?

- **Si oui**, dans quels contextes d'intervention de groupe pour chacune des clientes? (objet de l'intervention)

    - Spécifiez lesquelles des interventions ont été effectuées en pré-natal et en post-natal.

- **Si oui**, à quelle fréquence rencontrez-vous en général chacune des clientes en contexte d'intervention de groupe?

    - Spécifiez la fréquence en pré-natal / en post-natal.

Quels sujets abordez-vous principalement avec elles? Enumérez les sujets en pré-natal / en post-natal.

Comment intervenez-vous personnellement avec les clientes NÉGS ? De quelle façon vous y prenez-vous concrètement pour spécifier les besoins des clientes et intervenir auprès d'elles? Donnez des exemples pour illustrer.

Quels types de problèmes remarquez-vous principalement dans le vécu des clientes NÉGS, problèmes qui sont spécifiques à votre champ d'expertise? Énumérez les problèmes les plus fréquemment rencontrés en pré-natal et en post-natal.

Rencontrez-vous des difficultés dans vos interventions avec les clientes NÉGS? Si oui, lesquelles? Ces difficultés peuvent être de différents ordre : techniques, de valeurs, relationnelles, lourdeur des problèmes, etc.

- **Si oui**, qu'est-ce qui pourrait vous aider à surmonter ces difficultés?

Avez-vous le sentiment qu'un lien de confiance s'établit avec les clientes NÉGS au fil des rencontres ? Expliquez.

Effectuez-vous d'autres types de démarches qui ne sont pas des interventions auprès de la clientèle, mais qui font tout de même partie du programme NÉGS ou qui sont nécessaires à son application ? Si oui, en quoi consistent ces démarches?

En tant qu' _____, à quel point êtes-vous satisfait de l'aide que vous, personnellement, pouvez offrir aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants dans le cadre de NÉGS? Expliquez.

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

I) Liens avec les organismes communautaires

Vous est-il arrivé de référer des clientes NÉGS vers un autre organisme du milieu ?

- **Si oui**, - Combien de clientes?
  - Vers quels organismes du milieu?
  - Pour quels services ou activités ?
- **Si oui**, êtes-vous entré en contact avec des intervenants des organismes en question afin de mieux ajuster vos interventions?
  - **Si oui**, la collaboration de l'organisme a-t-elle été adéquate?
- **Si non**, - Pourquoi ne pas l'avoir fait?
  - Auriez-vous eu besoin de le faire?

À quel point l'importance de la collaboration et la façon de collaborer avec les autres organismes du milieu sont-elles bien clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la collaboration entretenue actuellement avec les autres organismes du milieu pour soutenir votre clientèle NÉGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

J) Liens avec le comité intersectoriel

Êtes-vous informé de ce qui se discute lors de chacune des réunions du comité intersectoriel?

Si oui, de quelle façon êtes-vous informé?

Si oui, avez-vous des discussions d'équipe NÉGS sur ce qui se fait au comité intersectoriel?

Si oui, quand et dans quels contextes?

Avez-vous identifié des besoins chez votre clientèle NÉGS, besoins auxquels ne correspond aucune ressource existante?

Si oui, quels besoins?

Si oui, avez-vous communiquez ces constats au comité intersectoriel ?

Si oui, de quelle façon l'avez-vous fait?

À quel point les liens qui doivent exister entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel sont-ils bien clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des liens actuels existant entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

K) Autres questions

Selon vous, quelles sont les points forts, les forces du processus d'implantation NÉGS actuellement?

Est-ce que l'implantation du programme NÉGS a eu des impacts positifs sur vous au plan professionnel ou personnel ? Si oui, expliquez.

À quel point croyez-vous que l'implantation globale de NÉGS permettra d'améliorer les services aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants qui sont offerts par le CLSC?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Avez-vous d'autres commentaires sur le processus d'implantation de NÉGS? Expliquez.

Entrevue auprès de la responsable de l'équipe NÉGS

A) Rôle dans l'implantation de NÉGS

À titre de responsable de l'implantation de NÉGS, combien d'heures en moyenne par mois accordez-vous aux travaux requis par cette responsabilité?

Quels sont les principaux rôles, les principales responsabilités ou tâches particulières que vous devez assumer en tant que responsable de cette implantation?

Comment l'implantation du programme NÉGS a-t-elle modifié votre façon de travailler au CLSC?

Rencontrez-vous des problèmes dans l'organisation de votre travail au CLSC depuis que NÉGS est en implantation?

Si oui, lesquelles?

Si oui, qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer la situation?

B) Historique de l'implantation

Quand et dans quel contexte est ressortie l'idée d'implanter NÉGS dans la MRC de Montmagny?

Comment cette idée a ensuite cheminé jusqu'à devenir un projet d'implantation du programme?

Quelles sont les étapes franchies?

Les résistances rencontrées?

Les appuis obtenus?

Pourquoi avoir choisi d'implanter NÉGS dans la portion sud de la MRC de Montmagny ?

Avez-vous fait des actions, des activités particulières afin d'informer et de sensibiliser les principaux acteurs concernés par l'implantation de NÉGS (intervenants, organismes touchant le bien-être des familles défavorisées)?

Si oui, lesquelles?

Si oui, comment qualifiez-vous le succès rencontré par ces actions?

C) Ressources affectées à l'implantation

Quelles sont les ressources humaines affectées à l'implantation du programme NÉGS en termes de temps libéré pour chacun des membres de l'équipe depuis septembre ?

Quelles sont les ressources financières affectées à l'implantation du programme NÉGS en termes d'évaluation des coûts d'implantation depuis septembre et des sources budgétaires?

Quelles sont les ressources matérielles affectées à l'implantation du programme NÉGS depuis septembre?

Les ressources affectées (humaines, financières et matérielles) actuellement à l'implantation de NÉGS correspondent-elles à ce qui était prévu?

Les ressources affectées actuellement à l'implantation de NÉGS sont-elles suffisantes?

Comment les membres de l'équipe ont-t-ils réagi aux modifications de leur façon de travailler occasionnées par l'implantation de NÉGS?

À quel point êtes-vous satisfaite de la façon dont s'est effectué le réaménagement des ressources pour implanter NÉGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer cet aspect?

D) Équipe interdisciplinaire de suivi individuel

1) Offre de service

À quel point la façon d'effectuer l'offre de services NEGS est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont s'effectue actuellement l'offre de services?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à l'offre de services?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

2) Sélection de la clientèle

À quel point la façon de sélectionner la clientèle NEGS est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroule actuellement la sélection de la clientèle NEGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à la sélection de la clientèle NEGS?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

3) Évaluation des besoins et planification de l'intervention

À quel point la façon de recueillir l'information et de planifier l'intervention NEGS sont-elles clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroulent actuellement la cueillette des informations et la planification de l'intervention ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à ces aspects?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

4) Rôles de membre de l'équipe

À quel point les rôles de chacun des membres de l'équipe sont-ils clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se concrétisent actuellement les rôles de chacun des membres de l'équipe NÉGS ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

5) Déroulement des rencontres interdisciplinaires

À quel point la façon de procéder pour la tenue des rencontres interdisciplinaires sont-elles clarifiées (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des modalités de déroulement des rencontres interdisciplinaires (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant au déroulement des rencontres interdisciplinaires?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

6) Distribution des suppléments alimentaires

À quel point la façon de procéder pour distribuer les suppléments alimentaires est-elle clarifiée ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se déroule actuellement la distribution des suppléments alimentaires?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à la distribution des suppléments alimentaires?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

7) Liens avec les autres organismes du milieu

À quel point l'importance de la collaboration et la façon de collaborer avec les autres organismes du milieu sont-elles bien clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la collaboration entretenue actuellement avec les autres organismes du milieu pour soutenir votre clientèle NÉGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

8) Liens entre l'équipe interdisciplinaire NÉGS et le comité intersectoriel

À quel point les liens qui doivent exister entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel sont-ils bien clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des liens actuels existant entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

E) Action intersectorielle

Comment le comité intersectoriel a-t-il été formé?

Comment s'est effectué le recrutement des membres?

Par qui?

Qui est actuellement responsable du comité intersectoriel? Cette responsabilité est-elle partagée par plus d'une personne ?

Les acteurs concernés par l'implantation de NÉGS sont-ils tous présents au sein du comité intersectoriel?

Si non, quels acteurs manque-t-il?

Les membre du comité intersectoriel s'impliquent-ils suffisamment à votre avis afin de faire avancer les actions ?

Êtes-vous satisfaite des démarches effectuées jusqu'à présent par le comité intersectoriel? Expliquez.

À quel point êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont fonctionne le comité intersectoriel ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	1	2	3	4

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant au fonctionnement du comité intersectoriel?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer cet aspect?

F) Soutien reçu

Avez-vous reçu du soutien régional depuis le début de l'implantation de NÉGS?

Si oui, en quoi consistait concrètement ce soutien?

Si oui, ce soutien correspondait-il à des besoins véritables pour votre équipe d'implantation?

Auriez-vous souhaité obtenir plus de soutien ?

Si oui, quelle forme de soutien ?

Si oui, sur quels aspects de l'implantation?

À quel point êtes-vous satisfait du soutien régional obtenu actuellement?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

G) Autres questions

Selon vous, quelles sont les points forts, les forces du processus d'implantation NÉGS actuellement?

Est-ce que l'implantation du programme NÉGS a eu des impacts positifs sur vous au plan professionnel ou personnel ? Si oui, expliquez.

À quel point croyez-vous que l'implantation globale de NÉGS permettra d'améliorer les services aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants qui sont offerts par le CLSC?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Avez-vous d'autres commentaires sur le processus d'implantation de NÉGS?

ENTREVUE AVEC LA RESPONSABLE DU DOSSIER
À LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Objectif de l'entrevue :

- *Obtenir l'opinion de la responsable du dossier sur le 3 volets du processus d'implantation de NÉGS et les différents aspects de ces volets.*
- *Il est possible qu'elle ne soit pas en mesure de juger de certains éléments.*
- *Obtenir une description de la perception de son rôle dans ce processus d'implantation et bien qualifier son implication jusqu'à présent.*

A) Rôle dans l'implantation de NÉGS

Comment vois-tu ton rôle en tant que responsable de cette implantation à la direction de la santé publique?

- Principales tâches et responsabilités projetées
- Principales tâches et responsabilités réelles

Ce rôle est-il bien compris par les autres acteurs de l'implantation?

À titre de responsable de l'implantation de NÉGS, combien d'heures en moyenne par mois accordez-vous aux travaux requis par cette responsabilité?

Ce temps correspond-il à ce que vous croyez nécessaire pour effectuer votre rôle correctement?

Outre les fonds obtenus pour l'évaluation de l'implantation, et votre implication, la DSP a-t-elle affecté du financement, des ressources humaines ou matérielles pour soutenir l'implantation de NÉGS? Si oui, lesquelles?

B) Historique de l'implantation

Quand et dans quel contexte est ressortie l'idée d'implanter NÉGS dans la MRC de Montmagny? (de votre point de vue)

Comment cette idée a ensuite cheminé jusqu'à devenir un projet d'implantation du programme? (de votre point de vue)

Avez-vous joué un rôle dans l'information et la sensibilisation des principaux acteurs concernés par l'implantation de NÉGS (intervenants, organismes touchant le bien-être des familles défavorisées) à l'étape du démarrage du programme?

Si oui, lequel?
Quelles responsabilités ou actions avez-vous tenues/effectuées?

Avez-vous d'autres éléments à ajouter sur votre rôle et sur les éléments de démarrage de NÉGS?

C) Perception et opinions sur l'implantation de NÉGS

En tant responsable du dossier à la DSP, que pensez-vous de l'état actuel de programme NÉGS dans la MRC de Montmagny?

Que pensez-vous de l'appui accordé à l'implantation, du travail de la responsable de l'implantation au CLSC de Montamagny?
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Plus spécifiquement, que pensez-vous du volet suivi individuel?
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Plus spécifiquement, que pensez-vous du volet accompagnement communautaire?
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Plus spécifiquement, que pensez-vous du volet intersectoriel?
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Les acteurs concernés par l'implantation de NÉGS sont-ils tous présents au sein du comité intersectoriel?

Si non, quels acteurs manque-t-il?

Les membre du comité intersectoriel s'impliquent-ils suffisamment à votre avis afin de faire avancer les actions ?

Êtes-vous satisfaite des démarches effectuées jusqu'à présent par le comité intersectoriel? Expliquez.

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant au fonctionnement du comité intersectoriel?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer cet aspect?

Plus spécifiquement, que pensez-vous de l'action d'influence, comment elle s'actualise ici dans la MRC de Montmagny?
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Plus spécifiquement, que pensez-vous des liens entre l'équipe de suivi individuel et le comité intersectoriel? (points forts, difficultés, pistes de solution)

Que pensez-vous de la sensibilisation, l'information des acteurs importants pour le recrutement de la clientèle? (ex : médecins à l'hôpital, des cliniques médicales, etc)
(points forts, difficultés, pistes de solution)

Démarches effectuées jusqu'à présent
Résultats de ces démarches…

Comment décririez-vous, résumeriez-vous le processus d'implantation qui se déroule depuis le lancement en mai 2001?

Étapes particulières…
Processus qui s'est déroulé..
Où en sont-ils rendus d'après ce que vous avez observé et vos interactions avec les différents acteurs de l'implantation?

Avez-vous d'autres commentaires sur le processus d'implantation de NÉGS? D'autres aspects importants dont vous désireriez parler?

Comment entrevoyez-vous l'avenir de NÉGS dans la MRC de Montmagny?

D) Quantification de la satisfaction sur les différents aspects du programme et de l'implantation :

À quel point êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont vous jouez votre rôle de…. Pour l'implantation de NÉGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	**1**	**2**	**3**	**4**

À quel point êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont s'est effectué le démarrage du projet?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	**1**	**2**	**3**	**4**

À quel point êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont fonctionne le suivi individuel?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	**1**	**2**	**3**	**4**

À quel point êtes-vous satisfait du volet accompagnement communautaire ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	**1**	**2**	**3**	**4**

À quel point êtes-vous satisfaite globalement de la façon dont fonctionne le comité intersectoriel ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	**1**	**2**	**3**	**4**

À quel point êtes-vous satisfait des liens actuels existant entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	***1***	***2***	***3***	***4***

À quel point croyez-vous que l'implantation globale de NÉGS permettra d'améliorer les services aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants qui sont offerts par le CLSC?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	***1***	***2***	***3***	***4***

E) Liens et soutien de l'organisation et du provincial:

À l'intérieur de la régie ou de la DSP obteniez-vous du soutien pour l'implantation de NÉGS? Le contexte dans lequel vous travaillez est-il propice favorable à l'implantation de NÉGS? (appuis, disponibilité professionnelle pour le projet, points forts, difficultés, pistes de solution. etc)

Expliquez.

Le contexte provincial est-il propice à l'implantation de NÉGS dans Montmagny? Recevez-vous du soutien, rencontrez-vous des embûches? Décrivez, expliquez.

Entrevue individuelle avec l'organisateur communautaire de l'équipe NÉGS

A) Réorganisation du travail et quantité de temps libéré pour NÉGS

Combien de temps êtes-vous libéré chaque semaine pour le programme NÉGS ?

Le temps libéré est-il suffisant à votre avis? Expliquez.

Utilisez-vous réellement ce _____ de temps libéré sur le programme NÉGS chaque semaine?

Si non, pourquoi?

Comment l'implantation du programme NÉGS a-t-elle modifié votre façon de travailler au CLSC?

Avez-vous dû laisser de côté certaines tâches ou responsabilités pour intégrer NÉGS à votre horaire?

Si oui, est-ce que cela a été difficile pour vous? Expliquez.

Rencontrez-vous des problèmes dans l'organisation de votre travail en CLSC depuis que NÉGS est en implantation?

Si oui, lesquels?

Si oui, qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer la situation?

À quel point les modalités de fonctionnement de l'équipe quant au temps libéré et à la façon de réorganiser votre travail au CLSC sont-elles bien clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont vous avez réorganisé votre travail pour implanter NÉGS ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	1	2	3	4

E) Rôle de chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire

La composition de l'équipe NÉGS vous apparaît-elle adéquate? Expliquez.

Votre rôle dans l'équipe NÉGS est-il clairement clarifié?

Comment décririez-vous le rôle d'un _____ dans l'implantation et l'application du programme NÉGS?

Votre rôle est-il clairement clarifié et compris, à votre avis, par les autres membres de l'équipe NÉGS?

À quel point les rôles de chacun des membres de l'équipe sont-ils clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la façon dont se concrétisent actuellement les rôles de chacun des membres de l'équipe NÉGS ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant à cet aspect?

H) Description des interventions ou démarches NÉGS effectuées :

Avez-vous rencontré des clientes NÉGS en suivi individuel depuis le début de l'implantation du programme ?

- **Si oui**, combien de clientes environ jusqu'à présent?

    - Spécifiez le nombre de clientes en pré-natal et en post-natal.

- **Si oui**, à quelle fréquence rencontrez-vous en général chacune des clientes en suivi individuel ?

    - Spécifiez la fréquence en pré-natal et en post-natal.

Avez-vous rencontré des clientes NÉGS dans des contextes d'intervention de groupe ?

- **Si oui**, combien de clientes environ jusqu'à présent?

- **Si oui**, dans quels contextes d'intervention de groupe pour chacune des clientes? (objet de l'intervention)

    - Spécifiez lesquelles des interventions ont été effectuées en pré-natal et en post-natal.

- **Si oui**, à quelle fréquence rencontrez-vous en général chacune des clientes en contexte d'intervention de groupe?

    - Spécifiez la fréquence en pré-natal / en post-natal.

Quels sujets abordez-vous principalement avec elles? Enumérez les sujets en pré-natal / en post-natal.

Comment intervenez-vous personnellement avec les clientes NÉGS ? De quelle façon vous y prenez-vous concrètement pour spécifier les besoins des clientes et intervenir auprès d'elles? Donnez des exemples pour illustrer.

Quels types de problèmes remarquez-vous principalement dans le vécu des clientes NÉGS, problèmes qui sont spécifiques à votre champ d'expertise? Énumérez les problèmes les plus fréquemment rencontrés en pré-natal et en post-natal.

Rencontrez-vous des difficultés dans vos interventions avec les clientes NÉGS? Si oui, lesquelles? Ces difficultés peuvent être de différents ordre : techniques, de valeurs, relationnelles, lourdeur des problèmes, etc.

- **Si oui**, qu'est-ce qui pourrait vous aider à surmonter ces difficultés?

Avez-vous le sentiment qu'un lien de confiance s'établit avec les clientes NÉGS au fil des rencontres ? Expliquez.

Effectuez-vous d'autres types de démarches qui ne sont pas des interventions auprès de la clientèle, mais qui font tout de même partie du programme NÉGS ou qui sont nécessaires à son application ? Si oui, en quoi consistent ces démarches?

En tant qu' _____, à quel point êtes-vous satisfait de l'aide que vous, personnellement, pouvez offrir aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants dans le cadre de NÉGS? Expliquez.

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

F) Déroulement des rencontres de l'équipe NÉGS

Jusqu'à présent, selon vous, à quoi servent les réunions d'équipe NÉGS?

Vous est-il arrivé d'apporter des situations vécues avec des clients lors des réunions afin d'obtenir le point de vue de vos collègues pour bonifier votre intervention?

Si oui, combien de fois est-ce arrivé? _____

Si oui, à quel point cette démarche vous a-t-elle aidé généralement ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point la façon de procéder pour la tenue des rencontres interdisciplinaires sont-elles clarifiées (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des modalités de déroulement des rencontres interdisciplinaires (ex : fréquence des rencontres, objectifs des rencontres, et étapes de la rencontre)?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les difficultés rencontrées ou les points à améliorer quant au déroulement des rencontres interdisciplinaires?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

I) Liens avec les organismes communautaires

Quels organismes du milieu peuvent offrir aux clientes NÉGS des services essentiels complémentaires aux services du CLSC?

Vous est-il arrivé de référer des clientes NÉGS vers un autre organisme du milieu ?

- **Si oui**, - Combien de clientes?
  - Vers quels organismes du milieu?
  - Pour quels services ou activités ?
- **Si oui**, êtes-vous entré en contact avec des intervenants des organismes en question afin de mieux ajuster vos interventions?
- **Si oui**, la collaboration de l'organisme a-t-elle été adéquate?
- **Si non**, - Pourquoi ne pas l'avoir fait?
  - Auriez-vous eu besoin de le faire?

À quel point l'importance de la collaboration et la façon de collaborer avec les autres organismes du milieu sont-elles bien clarifiées ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait de la collaboration entretenue actuellement avec les autres organismes du milieu pour soutenir votre clientèle NÉGS?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

J) Liens avec le comité intersectoriel

Êtes-vous informé de ce qui se discute lors de chacune des réunions du comité intersectoriel?

Si oui, de quelle façon êtes-vous informé?

Si oui, avez-vous des discussions d'équipe NÉGS sur ce qui se fait au comité intersectoriel?

Si oui, quand et dans quels contextes?

Avez-vous identifié des besoins chez votre clientèle NÉGS, besoins auxquels ne correspond aucune ressource existante?

Si oui, quels besoins?

Si oui, avez-vous communiquez ces constats au comité intersectoriel ?

Si oui, de quelle façon l'avez-vous fait?

À quel point les liens qui doivent exister entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel sont-ils bien clarifiés ?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

À quel point êtes-vous satisfait des liens actuels existant entre l'équipe NÉGS et le comité intersectoriel?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Quels seraient les aspects à améliorer quant à cet aspect?

Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer ces aspects?

K) Autres questions

Selon vous, quelles sont les points forts, les forces du processus d'implantation NÉGS actuellement?

Est-ce que l'implantation du programme NÉGS a eu des impacts positifs sur vous au plan professionnel ou personnel ? Si oui, expliquez.

À quel point croyez-vous que l'implantation globale de NÉGS permettra d'améliorer les services aux femmes enceintes et aux familles défavorisées ayant des jeunes enfants qui sont offerts par le CLSC?

Aucunement	*Peu*	*Moyennement*	*Assez*	*Beaucoup*
0	*1*	*2*	*3*	*4*

Avez-vous d'autres commentaires sur le processus d'implantation de NÉGS? Expliquez.

ENTREVUE DE GROUPE

Objectif :

1. Aller chercher les informations non encore recueillies ou insuffisamment recueillies sur les éléments suivants.

Ces éléments sont :

- Information et sensibilisation des référents potentiels
- Collaboration avec le corps médical à l'interne, dans les cliniques médicales ou centre hospitalier.
- Collaboration avec et implication des organismes communautaires
- Rôle de la responsables à la DSP, besoins de soutien, satisfaction quant au soutien obtenu
- Rôle de la responsable de l'évaluation, satisfaction quant au processus d'évaluation

2. Discuter, partager la vision de certains éléments en groupe pour initier un mouvement vers les solutions et leur mise en application

- Liens entre le comité intersectoriel et le l'équipe de suivi
- Fonctionnement de l'équipe de suivi

Méthode :

- Résumer les principaux résultats recueillis, en discuter et approfondir les informations sur les thèmes choisis.

- Questionner les intervenants sur les thèmes non encore abordés.

1. Informations non encore recueillies

Quelles sont les stratégies que vous avez choisies pour faciliter le recrutement de la clientèle?

Quelle est votre collaboration avec le corps médical...

à l'interne du CLSC?
dans les cliniques médicales?
au centre hospitalier?

Décrivez les démarches réalisées pour améliorer la collaboration s'il y a lieu?

Quelle est votre collaboration avec les organismes communautaires de la région concernées par le bien-être des jeunes familles défavorisées?

Comment ceux-ci sont-ils impliqués jusqu'à maintenant dans le programme NÉ-GS?

Êtes-vous satisfaits du soutien apporté par la responsable du dossier à la DSP?

Éléments satisfaisants
Éléments insatisfaisants
Auriez-vous des besoins de soutien particuliers à manifester?

- formation
- outils
- autres

Êtes-vous satisfait du processus d'évaluation jusqu'à maintenant?

Éléments satisfaisants
Éléments insatisfaisants
Y a-t-il certains aspects sur lesquels vous souhaiteriez que l'évaluation se penche?

2. Retour et réactions sur les résultats préliminaires

Question centrale :

Quels sont vos commentaires ou précisions sur les résultats dont je vous fais part aujourd'hui.... :

... sur l'organisation du travail ?

... sur le travail d'équipe interdisciplinaire ?

... sur les liens entre votre équipe et les organismes du milieu ?

...sur les liens entre votre équipe et le comité intersectoriel ?

... sur le comité intersectoriel?:

Entrevue individuelle avec les intervenants de l'équipe interdisciplinaire NÉGS

DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE ET DES INTERVENTIONS

Je souhaite comprendre le mieux possible, avec quel type de clientèle tu as travaillé pour le programme NÉGS, comprendre les situations et problèmes vécus par eux et aussi le genre d'intervention que tu as fait.

Pour ce faire, j'aimerais que tu me racontes trois histoires de cas, dans lesquelles tu as été assez impliquée :

- une cliente-famille dont les problèmes sont plus légers;
- Une cliente-famille dont les problèmes sont moyens ou modérés;
- Une cliente-famille dont les problèmes sont importants.

Information à fournir sur les histoires :

Contexte familial et marital
Contexte financier et matériel
Contexte de santé physique
Contexte de réseau social
Contexte de santé mentale et intellectuelle

Motivation
Création du lien de confiance, relation avec cette cliente-famille
Principaux problèmes identifiés
Désir de changement de la cliente-famille
Interventions réalisées, *suivi intense et prolongé?*
Accompagnement communautaire, utilisation des activités de groupe
Cheminement réalisé, obstacles rencontrés.

(15 min)
Quel est la proportion de clients avec problèmes plus légers, moyens ou difficiles dans ceux que tu rencontres en suivi?

(5 min)
Quels types d'intervention fais-tu?

Relever ce qui a été mentionné de façon générale lors du premier bilan....
Autres types d'intervention selon les besoins? Explique par des exemples si nécessaire.
(5 min)

Quels types de difficultés rencontres-tu le plus fréquemment parmi ta clientèle?
(5 min)

SUIVI INDIVIDUEL et TRAVAIL D'ÉQUIPE

Tu es *présentement* l'intervenante privilégiée de combien de clientes? En prénatal? En post-natal?

Tu travailles combien de temps pour le programme NÉGS?

Est-ce que la charge de cas est adéquate, peux-tu assurer l'intensité voulu sans problèmes?

Est-ce que les rencontres se font à domicile?

Facteurs expliquant le choix d'intervenir en alternance au niveau prénatal?

Rôle de l'intervenante privilégiée versus les autres dans ce contexte?

Formule postnatale actuelle au niveau de l'intervention?

As-tu des commentaires sur comment se déroulent les rencontres interdisciplinaires? (*spontané*)

Sont-elles utiles?
À quoi servent-elles à ton avis?
Sont-elles assez longues?
Les personnes nécessaires sont-elles présentes?

Faites-vous maintenant des plans d'interventions en équipe? Pourquoi?

Quels ont les facteurs qui empêchent la tenu de rencontres intersdisciplinaire plus longue?

Au niveau des outils d'intervention, y a-t-il eu une évolution?

Les rôles de chacun des membres de l'équipe sont-ils mieux clarifiés?

Quels sont les aspects positifs, les forces, au niveau du volet suivi individuel?

Quels sont les aspects à améliorer sur ce volet, les problèmes rencontrés?

Comment vous y prenez-vous pour cibler les projets de vie des familles?

Quels sont ces projets habituellement, ces demandes?
Sont-ils bien ciblés?

Qu'est-ce que les interventions permettent aux famille d'acquérir?
Les outils leur resteront-ils?
Les outils leur donnent-ils plus d'autonomie et de pouvoir dans leur vie?

Les familles-clients s'investissent-ils dans la démarche NÉGS?

Devrait-on les aider uniquement en fonction de leur investissement personnel?

ACCOMPAGNEMENT COMMUNAUTAIRE

Y a –t-il des moyens qui sont pris pour amner les familles à utiliser les services présents dans leur communauté et à sortir de leur isolement? Si oui lesquels?

De quelle façon l'équipe NÉGS collabore-t-elle avec les autres organismes du milieu dans le cadre du progamme NÉGS? Donnez des exemples.

Est-ce que vos cleintes participents aux activités de groupes?
Quelle proportion?
Pour quelles raisons certains ne participent-ils pas?

Est-ce que le programme NÉGS permet aux clientes/famille d'utiliser les ressources présentes dans leur communauté?

Est-ce que le programme NÉGS permet aux clientes/famille de sortit de leur isolement?

Quels ont les obstacles qui empêchent l'activité d'accompagnement communautaire dans la communauté?

VOLET INTERSECTORIEL

Comment décrirait-tu le milieu de Montmangy-Sud en termes de ressources et de conditions de vie dans le cadre du programme NÉGS?

Quels sont LES principaux problèmes rencontrés dans le milieu,?

Quelles sont les principales forCES?

Le milieu s'est-il amélioré depuis la mise en place du programme NÉGS et du comité intersectoriel?

En quoi?

Comment décrirais-tu la dynamique du comité intersectoriel, ses forces?

Comment décrirais-tu ses limtes, ses difficultés?

Quelles seraient les modifications à apporter au milieu?

Quelles seraient les amélioratiosn à apporter au comité intersectoriel et comment le faire?

Actions politiques, médiatiques à poser?

Qu'en est-il du plan d'action?

ÉVOLUTION

Nous avons fait un bilan en juin 2002, cela fait de cela près d'un an et demi, y a-t-il des choses qui ont changé dans ta façon de donner le programme depuis ce temps-là? Si oui, explique.

Toujours depuis le dernier bilan, y a-t-il eu des changements dans votre façon de donner le programme comme équipe? Si oui explique...

> Au bilan 1, divers éléments devant être améliorés ont été identifiés? Prendre chacun des éléments et poser la question : « Cet élément a-t-il changé depuis le bilan 1? Si non, pourquoi?»

APPRÉCIATION DU PROCESSUS D'IMPLANTATION :

Que penses-tu du programme NEGS?

- A-t-il apporté ***un plus*** à l'intervention qui se faisait dans l'équipe à ton avis? Lequel, lesquels?
- Est-ce un programme adapté à la réalité du milieu de Montmagny-Sud et du CLSC?

Quelles sont les principales forces?

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans l'implantation du programme dans Montmagny-Sud?

Qu'est-ce qui devrait être amélioré?

Est-ce que l'arrivée du PSJP a chagné quelque chose daNS L'IMPLANTATION DE NÉGS?

Est-ce que le fait que Montmangy Nord commence à implanter NÉGS également a eu un impact quelconque sur votre équipe ou sur le milieu?

Quels ont les principaux gains pour la clientèle à partciper à un suivi de type NÉGS? Quel apport versus ce qui était offert avnt?

Quels sont vos gains personnels à dispenser ce type de suivi?

Rencontre du 25 mars 2004 à St-Fabien-de-Panet

Présences :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Présentation des résultats préliminaires NÉGS

1. Retour sur les objectifs de l'étude et la structure du rapport

2. Présentation des résultats et collecte des réactions et commentaires à ceux-ci (45 min- 60 min)

3. Investigation des facteurs de réussite de l'implantation et aussi des facteurs qui ne l'ont pas facilité (30-45 min)

1. Présenter aux intervenants quel type de rapport sera réalisé et faire le lien avec les objectifs de l'évaluation :

Retour sur les objectifs de l'étude

Objectif général

Démontrer la faisabilité de l'implantation du programme NÉGS dans la MRC de Montmagny et en tirer profit pour la poursuite de l'implantation au plan régional.

Objectifs spécifiques

A. Démontrer dans quelle mesure les intervenants rejoignent les familles en situation d'extrême pauvreté et poursuivent une démarche continue avec elles.

B. Démontrer dans quelle mesure les trois volets de NÉGS ont été réalisés, soit le suivi individuel intensif, l'accompagnement communautaire et l'action intersectorielle.

C. Identifier les stratégies qui ont été favorables à l'implantation du programme.

Informations sur la structure du rapport :

Voici ce que le programme NÉGS prévoit : critères

Voici ce que l'on a observé à St-Fabien : ce qui a pu être réalisé ou non
Les embûches
Les facteurs facilitants

Voici ce que nous en concluons et nos recommandations.

- Style plus direct et moins descriptif pour ce soit plus léger.

2. Retour et réactions sur les résultats préliminaires

Question centrale :

Quels sont vos commentaires ou précisions sur les résultats dont je vous fais part aujourd'hui.... :

... sur le volet de suivi interdisciplinaire?

... sur le volet accompagnement communautaire ?

... sur le volet action intersectorielle ?

3. Recueil d'informations sur les conditions favorables à l'implantation du programme NÉ-GS

Mise en contexte :

Après votre expérience d implantation de NÉGS de plus de deux ans... vous vous êtes faits une idée du programme ce qui fonctionne bien ou moins bien, de ce que ça prend ou ça prendrait pour que ça fonctionne ou fonctionne mieux....

Questions :

Si je vous dit le CLSC de telle MRC veut l'imlanter à son tour ... Quels conseils lui donneriez-vous pour qu'il y arrive... ?

Qu'est-ce que le CLSC doit faire et éviter de faire...

... pour le volet suivi interdisciplinaire ?

... pour le volet accompagnement communautaire?

... pour le volet action intersectorielle?

Outils de collecte de données

Bilan intersectoriel

BILAN DU VOLET INTERSECTORIEL DU PROGRAMME NÉGS DANS LA PARTIE SUD DE LA MRC DE MONTMAGNY

Questions qui seront posées aux membres du comité intersectoriel NÉGS
lors du bilan effectué à la rencontre du 18 mars 2003 à Sainte-Apolline.

Veuillez S.V.P. prendre connaissance de ces questions
en préparation de notre prochaine rencontre.

21 février 2003

A. Logistique

1. Que pensez-vous des différents éléments suivants relatifs aux rencontres du comité, soit :

- leur fréquence ?
- leur durée?
- le lieu où elles sont tenues?
- le fait de dîner ensemble quand c'est possible?
- l'animation?

B. Avantages et inconvénients

2. Est-ce que les rencontres intersectorielles NÉGS sont profitables pour vous et pour votre organisation? Si oui, de quelle façon?

2.1 Les rencontres favorisent-elles les liens entre les diverses organisations présentes au comité, une meilleure connaissance des ressources, une meilleure collaboration?

2.2 Votre présence au sein du comité intersectoriel a-t-elle provoqué un changement dans votre vision de la réalité des familles en situation de pauvreté? Si oui, qu'est-ce qui a changé exactement?

2.3 Votre présence au sein du comité intersectoriel a-t-elle provoqué des changements au plan de l'intervention avec votre clientèle?

3. Vivez-vous des inconvénients ou des difficultés qui sont reliés au fait de participer au comité intersectoriel?

Si oui, quels sont-ils?

Si oui, y aurait-il des moyens de faciliter votre implication?

C. Atteinte des objectifs :

Le mandat du comité intersectoriel est **d'améliorer les services et les conditions de vie des familles** vivant en contexte de pauvreté dans les municipalités du sud de la MRC, soit en bonifiant les services existants ou en développant de nouveaux services pour mieux répondre aux besoins de ces familles.

4. Est-ce que vous pouvez nommer des actions qui ont été réalisées et qui ont contribué à améliorer les services et les conditions de vie des familles?

5. Est-ce que vous pensez que le comité a atteint ses objectifs jusqu'à maintenant? Dans quelle mesure les objectifs ont été atteints?

6. Sentez-vous le besoin de faire un temps d'arrêt et de réfléchir ensemble sur les nouvelles orientations à prendre?

7. Avez-vous des suggestions sur les objectifs que le comité devrait se fixer dans un avenir rapproché, sur des actions précises à poser pour aider les familles défavorisées?

D. Fonctionnement

Pour la première année du comité, aucun plan d'action officiel ne fut rédigé indiquant, pour les différents projets, les différentes étapes à suivre, les personnes responsables, les collaborateurs et les échéanciers. Le tout a été fait de façon plus informelle et verbale, avec des suivi aux rencontres.

8. Que pensez-vous de cette façon de faire? Pensez-vous que le comité devrait procéder de façon plus structurée?

9. Avez-vous des suggestions sur les façons de travailler ensemble en intersectoriel qui pourraient rendre le comité plus efficace, plus dynamique? Que pourrait-on faire différemment et mieux?

10. Croyez-vous que le comité devrait comporter davantage de décideurs, de gestionnaires en tant que membres?

11. Croyez-vous que le comité intersectoriel NÉGS devrait travailler en collaboration avec d'autres instances ayant des objectifs similaires? (ex : Tables préventive jeunesse, démarches effectuées par les municipalités, etc)

Si oui, quelles instances ?

Si oui, quels types de collaborations?

Le volet intersectoriel du programme NÉGS inclut également **l'action d'influence** qui implique des actions politiques et médiatiques visant à influencer les décideurs afin de d'adopter ou de modifier des mesures sociales pour mieux répondre aux besoins des familles vivant en situation de pauvreté. L'action médiatique consiste aussi à utiliser les moyens de communication pour modifier les perceptions, les attitudes et les comportements en faveur des familles visées par le programme. Jusqu'à présent, certaines actions d'influence ont été posées, soit l'envoi d'une lettre d'appui au « Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté » et aussi la parution d'articles sur la problématique de la pauvreté dans les journaux locaux.

12. Croyez-vous que le comité devrait faire davantage d'actions d'influence?

Au niveau local, régional, national ?

Auprès des familles, de leur réseau, de la communauté?

E. Niveau d'implication

13. Croyez-vous que les rencontres du comité intersectoriel étaient nécessaires pour favoriser l'avancement des actions qui ont été mises en priorité?

14. Aimeriez-vous vous impliquer davantage dans le processus de réflexion préalable au choix des actions à réaliser ainsi que dans la prise de décision?

15. Aimeriez-vous vous impliquer davantage dans la réalisation des actions qui sont ciblées par le comité? Aimeriez-vous avoir un rôle plus précis et actif à jouer?

Pourquoi?

Si oui, lequel?

16. Aimeriez-vous vous impliquer davantage dans la planification et la tenue des rencontres ? Aimeriez-vous avoir un rôle plus précis et actif à jouer?

Pourquoi?

Si oui, lequel?

F. Divers

17. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions?

BILAN DU VOLET INTERSECTORIEL DU PROGRAMME NÉGS DANS LA PARTIE SUD DE LA MRC DE MONTMAGNY

Questionnaire individuel pour tous les membres du comité intersectoriel NÉGS

- Veuillez S.V.P. compléter ce questionnaire avant la rencontre du 18 mars 2003 et le remettre à cette occasion.

- Si vous ne pouvez être présent à cette rencontre, veuillez faire parvenir le questionnaire complété par la poste ou par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Josée Rousseau
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Télécopieur : (418) 386-3362

Merci beaucoup de votre collaboration!

Questionnaire pour les membres du comité intersectoriel NÉGS

Cochez la case qui correspond le mieux à votre opinion ou décrivez votre position dans les espaces prévus à cette fin. N'hésitez pas à ajouter des commentaires ou des précisions si nécessaire.

1. Quelle organisation représentez-vous au comité intersectoriel?

_____

2. Quel poste occupez-vous dans votre organisation?_____

3. Depuis quand faites-vous partie du comité intersectoriel NÉGS? _____

4. Comment se compare votre intérêt actuel envers le comité intersectoriel NÉGS par rapport à ce qu'il était au début de votre implication?

- ○ Resté le même
- ○ Augmenté
- ○ Diminué

Si votre intérêt a changé, expliquez brièvement pour quelles raisons?

_____

_____

5. À quel point votre participation au comité intersectoriel vous a-t-elle permis de connaître davantage les autres organisations membres du comité?

- ○ Beaucoup
- ○ Assez
- ○ Un peu
- ○ Pas du tout

Votre opinion concernant le fonctionnement du comité intersectoriel NÉGS

De façon générale au sein du comité intersectoriel :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Les membres ont-ils une vision commune des objectifs à atteindre?	○	○	○	○
7. Les objectifs à atteindre sont-ils clairement définis?	○	○	○	○
8. Y a-t-il consensus concernant les actions à réaliser?	○	○	○	○
9. Y a-t-il équilibre entre réflexion et action?	○	○	○	○
10. Est-il agréable de participer avec les autres membres?	○	○	○	○
11. Y a-t-il un partage adéquat des tâches à accomplir entre les membres?	○	○	○	○
12. Avez-vous l'impression de participer pleinement aux décisions?	○	○	○	○
13. Y a-t-il suffisamment de temps pour discuter et émettre des opinions?	○	○	○	○
14. Vous sentez-vous à l'aise pour dire votre opinion?	○	○	○	○
15. Votre rôle est-il clairement défini?	○	○	○	○
16. Les rôles des autres membres sont-ils clairement définis?	○	○	○	○
17. Avez-vous l'impression que vous contribuez à la mesure de votre expertise, de vos possibilités et de vos ressources?	○	○	○	○

18. Avez-vous participé à la réalisation de certaines actions du comité? ○ Oui ○ Non

Si oui, lesquelles? _____

_____

_____

19. Quelle est votre opinion concernant la composition actuelle du comité?

- ○ Composition adéquate
- ○ À modifier par l'ajout de certains partenaires
- ○ À modifier par le retrait de certains partenaires

Si vous souhaitez des modifications, précisez et expliquez brièvement pourquoi.

_____

_____

À propos du programme NÉGS...

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
20. À quel point avez-vous l'impression de connaître le programme NÉGS?	○	○	○	○
21. À quel point avez-vous l'impression de connaître la réalité des gens vivant en contexte de pauvreté dans Montmagny sud?	○	○	○	○
22. À quel point parlez-vous du programme NÉGS avec votre clientèle?	○	○	○	○
23. À quel point parlez-vous du programme NÉGS dans votre organisation?	○	○	○	○

24. Avez-vous des commentaires sur le programme NÉGS et sur le comité intersectoriel?

Merci beaucoup de votre collaboration!

Outils de collecte de données

Bilans sur la clientèle

Fiche d'information sur la clientèle NÉGS

Du 1er juin 2002 à 31 avril 2003

- Inscrire l'information dans la case correspondante ou encore noircir la case qui convient le mieux.
- N'hésitez pas à préciser l'information fournie.

Numéro de dossier:	Date de naissance:	Date inscription au programme:
Type de suivi à l'inscription: (pré ou post et toutes les variantes) O 1 pré-natal O 2 post-natal O 3 pré et post-natal	Nbre de semaines de gestation à l'inscription:	Nombre d'enfants à l'inscription:
Enfant 1: # dossier : _____ Date de naissance : _____	Enfant 2: # dossier : _____ Date de naissance : _____	Enfant 3: # dossier : _____ Date de naissance : _____
Enfant 4: # dossier : _____ Date de naissance : _____	Municipalité de résidence:	Type de logis: O 1 maison O 2 appartement O 3 loyer subventionné O 4 autre, préciser: _____
Statut civil: O 1 célibataire O 2 conjointe de fait O 3 mariée O 4 séparée O 5 veuve	Cohabitation: O 1 Seule O 2 Avec conjoint /enfants O 3 Famille recomposée O 4 Avec parents O 5 Autre, préciser	Scolarité complétée:
Source principale de revenus: O 1 aide sociale O 2 aide sociale + travail O 3 emploi O 4 emploi saisonnier O 5 chômage	Qualification des rev. (STAT CAN): O 1 30 % sous le seuil O 2 sous le seuil O 3 au dessus du seuil	Référence: O 1 autoréférence O 2 CLE O 3 hôpital O 4 médecins O 5 autre _____
Occupation habituelle: O 1 travail tps complet O 2 travail tps partiel O 3 aux études O 4 à la maison O 5 recherche d'emploi	Occupation à l'inscription: O 1 travail tps complet O 2 travail tps partiel O 3 aux études O 4 à la maison O 5 recherche d'emploi	Persévérance: (fin de la période) O 1 suivi en cours O 2 déménagement, _____ O 3 changement, _____ O 4 abandon O 5 refus
Participation à /utilisation de ... **Oui / Non**	Cours prénataux: O 1 oui O 2 non nombre de rencontres : _____	Allaitement: O 1 oui O 2 non durée de l'allaitement : _____
Stimulation précoce: (nombre de rencontres) O 1 oui O 2 non nombre de rencontres : _____	Purée de bébé: (nombre de rencontres) O 1 oui O 2 non nombre de rencontres : _____	Répit-parent: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Comptoir de meubles: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Comptoir alimentaire: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Fripperie: O 1 oui O 2 non O 3 nd

nd = information non disponible

Fiche d'information sur les problématiques ou situations vécues par la clientèle

Si présence du problème, cocher« oui ».
Si absence, cocher « non »
N'hésitez pas à ajouter des précisions si nécessaire.

nd = information non disponible

Grossesse imprévue: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problème de santé de grossesse: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problème de santé physique: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Alimentation: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Poids: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Consommation de tabac: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Consommation d'alcool: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Consommation de drogues: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Consommation de médicaments: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Problème de santé mentale transitoire: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problème de santé mentale persistant: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Déficience intellectuelle ou intelligence limite, lente: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Problèmes avec la justice: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Violence conjugale: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Violence familiale: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Violence dans l'enfance: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problèmes dans la vie de couple: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Difficultés financières: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Logis inadéquat: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Absence de téléphone: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Absence de moyen de transport: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Manque entretien résidence: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Réseau social limité: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Monoparentalité: O 1 oui O 2 non O 3 nd
Problème de consommation du conjoint: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problème de santé mentale du conjoint: O 1 oui O 2 non O 3 nd	Problèmes judiciaires du conjoint: O 1 oui O 2 non O 3 nd